

委 任 状

令和 年 月 日

(あて先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

私（申請者）は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。

令和 年 月 日 資格確認書の

再交付申請
受け取り
交付兼任意記載事項併記申請

に関する一切の権限。

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(被保険者番号 _____)

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____