

千葉県後期高齢者医療広域連合長 あて

委任状

代 理 人 住所

(頼まれた人) 氏名

私は、上記の者を代理人と認め、下記の事項を委任します。

記

	後期高齢者医療資格確認書等の再発行に関する一切の件
	後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項併記申請に関する一切の件
	後期高齢者医療制度関係書類の送付先変更に関する一切の件
	その他（ ）

この委任状を書いた日 年 月 日

委 任 者	住 所
-------	-----

(頼んだ人) 氏名 印

連絡先

※その他の欄に委任事項を記載する場合は、委任内容を具体的に記入してください。

※代理人の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等）をお持ちください。郵送で手続きされる場合は、本人確認書類の写しを添付してください。