

# 委任状

(宛先) 奈良県後期高齢者医療広域連合長

令和 年 月 日

(委任者)

住 所

氏 名

印

生年月日

私は、下記の者を代理人に定め、次の権限を委任いたします。

(委任事項) 後期高齢者医療保険の被保険者証の再交付の手続き・受領に関すること。

(受任者)

住 所

氏名 (続柄)

( )

印

電 話 番 号

以上