

# 委 任 状

(あて先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長

住 所  
(受任者) 氏 名  
電 話  
印

私は、上記の者を代理人と定め、下記の手続きを行うことを委任します。

1. 後期高齢者医療の加入に関する手続きについて
2. 後期高齢者医療被保険者証等の再交付の手続きについて
3. 後期高齢者医療の基準収入額適用の手続きについて
4. 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額認定申請に関する手続きについて

令和 年 月 日

住 所  
(委任者) 氏 名  
電 話  
印