

# 委任状（手続き用）

年 月 日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

被保険者番号									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住 所

氏 名 ⑩

委任者  
(本人)

連 絡 先 ( ) -

代理人との関係

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療保険に関する手続きの権限を委任します。

記

(代理人)

住 所

氏 名

連 絡 先 ( ) -

※委任状は、必ず委任者本人が御記入ください。

※来庁の際は、代理人の本人確認書類（免許証等）が必要です。

## 委任状（手続き用）

令和 3年00月00日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7
--------	---	---	---	---	---	---	---	---

住所 宇土市00町00番地

氏名 宇土 花子 押印をお願いします。 印  
委任者  
(本人)

連絡先 0964-22-0000

代理人との関係 母

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療保険に関する手続きの権限を委任します。

記

(代理人)

住所 宇土市△△町△△番地

氏名 宇土 太郎

連絡先 0964-22-△△△△

※委任状は、必ず委任者本人が御記入ください。

※来庁の際は、代理人の本人確認書類（免許証等）が必要です。