**委 任 状**

令和　　年　　月　　日

福島県後期高齢者医療広域連合長　 殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者（委任者） | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |

私は、下記の者を代理人とし、次の事項を委任します。

（代理者の免許証などの本人確認書類を添付してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代理人（受任者） | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 電話番号 |  |
| 委任者との関係 |  |

【委任事項】

１　後期高齢者医療資格確認書等再交付申請に関すること。

２　次の該当番号を○で囲んだ証等の受領に関すること。

|  |
| --- |
| 　１　後期高齢者医療資格確認書　２　後期高齢者医療特定疾病療養受療証 |

３　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　に係る

届出・申請に関すること。

４　後期高齢者医療制度に係る通知書等送付先変更届出に関すること。