

委任状

大阪府後期高齢者医療広域連合長 様

住 所

氏 名

上記の者を代理人と定め、次の行為についての権限を委任します。

記

- 後期高齢者医療資格確認書の再交付に係る申請および受領
- 後期高齢者医療資格確認書等送付先変更の申請および誓約に関すること。
- 後期高齢者医療制度にかかる通知書等送付先変更の申請に関すること。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印