

# 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

後期高齢者医療被保険者証の再交付に係る申請および受領

令和 年 月 日

住 所

氏 名

Ⓔ