

委

任

状

令和 年 月 日

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

私は、 \_\_\_\_\_ を代理人と定め、次の権限を委任します。

後期高齢者医療保険料の減免の申請に関すること。

後期高齢者医療保険料の減免決定通知書等書類の受け取りに関すること。

委任者(被保険者)の住所・氏名

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

被保険者証番号

( \_\_\_\_\_ )

代理人(受任者)の住所・氏名

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_