

# 委任状

平成 年 月 日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

委任者 住 所 \_\_\_\_\_  
(被保険者) 氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
連 絡 先 \_\_\_\_\_

次の者を代理人と定め、後期高齢者医療被保険者証の再交付申請及び同証の受取を委任します。

代 理 人 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
連 絡 先 \_\_\_\_\_  
委任者との関係 \_\_\_\_\_

以下に、代理人の本人確認書類(運転免許証、保険証など)の写しを貼り付けてください。