

委 任 状

（あて先）静岡県後期高齢者医療広域連合長

住 所
（受任者）氏 名
電 話

私は、上記の者を代理人と定め、下記の手続きを行うことを委任します。

1. 後期高齢者医療の加入に関する手続きについて
2. 後期高齢者医療資格確認書等の再交付の手続きについて
3. 後期高齢者医療の基準収入額適用の手続きについて

令和 年 月 日

住 所
（委任者）氏 名
電 話