

# 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  
印

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・喪失に関する手続きについて
2. 後期高齢者医療被保険者証の再交付申請及び受領について
3. 後期高齢者医療の基準収入額適用の手続きについて
4. 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の申請及び受領について
5. 後期高齢者医療の送付先登録（追加・変更・取消し）の申請手続きについて
6. 後期高齢者医療特定疾病受療証の申請及び受領について
7. その他（）

令和 年 月 日

住 所  
(委任者) 氏 名  
電 話  
印