

委任状

(受任者・代理人)

住所

氏名

生年月日 年 月 日

電話番号

私は、上記の者を代理人と定め、下記証明書の交付申請及び受領における一切の権限を委任いたします。

記

- 1 資格確認書
- 2 限度額適用・標準負担額減額認定証
- 3 限度額適用認定証
- 4 特定疾病療養受療証

※ 必要な証明書の番号を○で囲んでください

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 殿

令和 年 月 日

(委任者)

住所

氏名

(自署 又は 記名押印)

生年月日 年 月 日

電話番号