

委任状

(受任者・代理人)
住所

氏名

生年月日 年 月 日

連絡先電話番号

私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

下記被保険者の後期高齢医療保険に関する諸申請手続きについて

被保険者
住所

氏名

生年月日 年 月 日

糸満市長 殿

令和 年 月 日

(委任者)
住 所

氏 名

(自署または押印)

生年月日 年 月 日

連絡先電話番号