

委任状

代理人（委任される人）

フリガナ		本人との関係	
氏 名	⑩		
住 所	〒 —	電話	— —

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

令和 年 月 日

ご本人（委任する人）

被保険者番号			
フリガナ		生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
氏 名	⑩		
住 所	〒 —	電 話	— —
委任する内容	（委任する事項を次の項目から選ぶか、具体的に記入してください。） 1. 被保険者証の再交付 2. 限度額適用・標準負担額減額認定証の再交付 3. 限度額適用認定証の再交付 4. 特定疾病療養受療証の再交付 5. その他（ ）		

千葉県後期高齢者医療広域連合長 様