

委任状

年 月 日

岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様

被保険者・委任者

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____

私は、次の者を代理人に定め、次の権限を委任します。

代 理 人

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____

委 任 事 項
