

委任状

令和 年 月 日

大分県後期高齢者医療広域連合長 様

委任者 住所

氏名

生年月日 明・大・昭 年 月 日

電話番号

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療保険料の減免申請に関する
権限を委任します。

代理人 住所

氏名

電話番号