

委任状

令和 年 月 日

滋賀県後期高齢者医療広域連合 殿

委任者（委任する人）

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

電話番号 _____

私は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

○健康保険証利用登録の解除手続きに関すること

代理人（委任を受けた人）

住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日
電話番号	