委任状

和歌山県後期高齢者医療広域連合長 殿

代理人 住 所.....
氏 名.....
生年月日.....年.....月.....日.....
電話番号.....

私は、上記の者を代理人と認め、次の委任項目に係る一切の権限を委任します。

【委任項目】 ※該当する委任項目に☑してください。

- 保険証利用登録解除申請
- 資格確認書の交付申請及び受領
- その他（.....）

年 月 日

委任者 住 所.....
氏 名.....印.....
生年月日.....年.....月.....日.....
電話番号.....