

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

委任状

[illegible]

私は、下記の者を代理人と定め、長崎県後期高齢者医療に係る上記の権限を委任します。

委任される方 (代理人)

フリガナ		本人との 関係	
氏名			
住所	〒 ————— 電話 —————		

※ 裏面の注意事項をお読みになり、記入漏れ等のないように作成してください。

※ 葬祭費の場合は、適宜読み替えてご記入ください。