

代理人選任届

岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様
多治見市長 様

令和 年 月 日

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

下記被保険者との関係 _____

私は上記の者を代理人と定め、後期高齢者医療の届出、再交付申請および
保険証の受領に関する権限を委任します。

被保険者 住 所 _____

氏 名 _____