

令和 年 月 日

委任状

沖縄県後期高齢者医療広域連合長
那覇市長 宛

委任者	住所	
	氏名	
	生年月日	大・昭 年 月 日
	電話番号	

私は、下記の者を代理人と定め、

- 被保険者証、限度額適用・標準負担額減額認定証、
限度額適用認定証、特定疾病療養受療証の再交付申請及び受領
- 後期高齢者医療に関する郵送物のすべて又は一部の受領
- マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除の申請

における一切の権限を委任いたします。

代理人	住所	
	氏名	
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日

※委任状はすべて委任者が記載すること。