

委任状

代理人住所 _____

代理人氏名 _____

代理人生年月日 _____ 年 月 日

代理人連絡先 _____

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任いたします。

記

福井県後期高齢者医療広域連合における診療報酬明細書の開示請求

委任者住所 _____

委任者氏名 _____ (印)

委任者生年月日 _____ 年 月 日

委任者連絡先 _____