

委任状

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

私は次の者

住所 _____

氏名 _____ 委任者との関係 _____

を代理人（受任者）と定め、後期高齢者医療給付費に関する下記の権限を委任します。

記

（①～③のいずれか一つを丸で囲んでください。）

- ① 申請に関する事。
- ② 受領に関する事。
- ③ 申請及び受領に関する事。

年 月 日

委任者

住所 _____

氏名 _____ (印)

連絡先電話番号 _____

以上