

# 委任状

私\_\_\_\_\_は、後期高齢者医療保険に関する申請  
および受領について、下記の代理人に委任します。

後期高齢者医療広域連合長 様

令和 年 月 日

委任者

住所\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_

代理人

住所\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_

電話番号\_\_\_\_\_