

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、下記の権限を委任します。

記

- 1 後期高齢者医療制度の申請に関すること。
- 2 後期高齢者医療制度の受領に関すること。
- ③ 後期高齢者医療制度の申請及び受領に関すること。

委任者（被保険者本人） _____ 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 (_____) _____