

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

該当する番号に○をしてください。

- ① 後期高齢者医療給付金の申請に関する事。
- ② 後期高齢者医療給付金の受領に関する事。
- ③ 後期高齢者医療給付金の申請及び受領に関する事。

年 月 日

委任者

住所_____

氏名_____④

連絡先電話番号_____