

委任状

東京都後期高齢者医療広域連合長 殿

年 月 日

委任者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日 _____

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療療養費の受領に関する権限を委任します。

記

受任者 住 所 _____

氏 名 _____

【記入上の注意】

- ・シャチハタ等のスタンプ印はお使いいただけません
- ・記入にあたりましては、委任者の自署をお願いいたします。
- ・記入の誤りがあった場合は、二重線を引き委任者の印鑑で訂正してください。