

委任状

代理人 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

被保険者との続柄 _____

私は、下記理由により上記の者を代理人と定め、療養費の受領について委任
します。

[理由 : _____]

年 月 日

委任者（被保険者） 住所 _____

氏名 _____ 印

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

(注意事項)

・委任状は必ず委任者（被保険者）本人がお書きください。