

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 _____ ㊟

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 _____