

# 委任状

代理人住所

代理人氏名 ⑩

代理人生年月日 年 月 日

代理人連絡先

私は、上記の者を代理人と定め、後期高齢者医療保険の手続きに係る一切の権限を委任いたします。

年 月 日

委任者住所

委任者氏名 ⑩

委任者生年月日 年 月 日

委任者連絡先