

委 任 状

奈良県後期高齢者医療広域連合長 殿

年 月 日

(委任者)住所 _____

氏名 _____ 印 _____

私は、下記の者を代理人に定め、次の権限を委任いたします。

(委任事項) 年 月 日に申請した、

後期高齢者医療 _____ の 受領 ・ 申請
に關すること。

(受任者)住所 _____

氏名 _____

連絡先 _____

被保険者との続柄 _____