

# 委任状

(代理人)

住所

氏名

私は上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

- ☐ 後期高齢者医療制度に係る資格確認書の受領に関する事
- ☐ 後期高齢者医療制度に係る資格確認書の任意記載事項併記に関する事

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 宛て

令和 年 月 日

(委任者)

住所

氏名

印

生年月日

年

月

日

電話番号

(

)