

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後期連合長 あて