

委任状

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

被保険者との続柄 _____

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

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広域連合長 あて