

# 委任状

|     |      |
|-----|------|
| 代理人 | 住所   |
|     | 氏名   |
|     | 電話番号 |
|     | 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 | 住所   |
|     | 氏名 ⑩ |

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

## (注意事項)

- ・委任状は必ず委任者本人がお書きください。