

代理人選任届

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

委任者との続柄 _____

私は、下記理由により上記の者を代理人と定め、後期高齢者医療制度の
手続きについて上記の者に委任します。

[理由： _____

年 月 日

委任者 住 所 _____

(被保険者本人)

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

※注意事項

- ・代理人選任届は、必ず委任者（被保険者本人）がお書きください。