

# 委任状

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

私は次の者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 委任者との関係 \_\_\_\_\_

を代理人と定め、下記の権限を委任します。

## 記

1 委任事項（該当する項目1つにチェック☑してください）

後期高齢者医療再交付申請に関する事。

再発行された証の受け取りに関する事。

後期高齢者医療再交付申請及び再発行された証の受け取りに関する事。

年 月 日

(委 任 者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_