

# 委任状

代理人 (受任者) 住所  
氏名  
電話  
委任者との続柄

上記の者に療養費の受領に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

委任する申請 ( 年 月 分)

委任の理由 ( )

委任者 (被保険者) 住所  
氏名 印  
電話番号

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて