

委任状

(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

私は上記の者を代理人と定め、下記事項につき一切の権限を委任します。

(委任する事項)

後期高齢者医療制度に関する一切の権限について。

年 月 日

(委任者)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

生年月日 _____

電話番号 _____