

# 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（受任者）と定め、 \_\_\_\_\_ に関する下記の権限を委任します。  
(療養費、食事療養差額、移送費等の別)

## 記

(①～③のいずれか一つを丸で囲んでください。)

- 1 申請に関する事。
- 2 受領に関する事。
- 3 申請及び受領に関する事。

年 月 日

委任者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ④

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

以上