

# 委任状

年 月 日

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

代理人 住 所

氏 名

電話番号

上記の者を代理人と定め、以下の権限を委任いたします。

## 記

1. 後期高齢者医療保険の申請に関すること。
2. 資格確認書（受領・再交付申請）に関すること。

委任者 住 所

氏 名

生年月日

※委任状は必ず委任者本人がお書きください。

※代理人の方の顔写真付きの本人確認書類が必要です。