

# 委任状

令和 年 月 日

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

【委任者（被保険者）】

|      |   |
|------|---|
| 住所   | 〒 |
| 氏名   |   |
| 電話番号 |   |

私は、次の者を代理人に定め、下記の権限を委任します。

【代理人】

|      |   |
|------|---|
| 住所   | 〒 |
| 氏名   |   |
| 電話番号 |   |

記

(委任事項)

|          |
|----------|
| 資格確認書の交付 |
|----------|