

# 委任状

代理人 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )  
電話番号 \_\_\_\_\_

私は、下記の理由により上記の者を代理人と定め（高額療養費・その他の療養費）の受領について委任します。

理由： \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

委任者（申請者） 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