

## 委 任 状

私は、後期高齢者医療資格確認書の受領について、下記の者に委任します。

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_

令和    年    月    日

委任者住所 \_\_\_\_\_

委任者氏名 \_\_\_\_\_