

委任状

東京都後期高齢者医療広域連合長 様

令和 年 月 日

私は、以下の者を代理人（受任者）と定め、次の権限を委任します。

後期高齢者医療給付費の

- ① 申請 に関する事（マイナンバーの提供を含む）。
- ② 受領 に関する事。
- ③ 申請及び受領 に関する事（マイナンバーの提供を含む）。

※ 委任する内容①～③のいずれかに○印をお願いします。

委任者の住所、氏名、電話番号

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

連絡先電話番号 _____

受任者の住所、氏名、電話番号、続柄

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

連絡先電話番号 _____

続 柄 _____