

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿
香川県後期高齢者医療広域連合会計管理者 殿

委 任 状

私は、下記の者を代理人と定め、 _____ の

申請
 受領

_____ に関する一切の権限を委任します。

受任者（代理人）

〒 _____

住 所

氏 名

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

委任者（被保険者）

〒 _____

住 所

氏 名

Ⓜ

（自署、押印のこと）