

委 任 状

代理人住所	
代理人氏名	
代理人生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
代理人電話番号	()
申請者との関係(続柄)	

上記の者に高齢者の医療の確保に関する法律による_____の
受領に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

申請者住所	
申請者氏名	
申請者生年月日	明・大・昭 年 月 日
申請者電話番号	()