

## 後期高齢者医療給付費受領委任状

東京都後期高齢者医療広域連合長 殿

私は、平成 年 月 日申請分の後期高齢者医療給付費の受領に関する権限を下  
記の者に委任します。

記

平成 年 月 日

委任者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

受任者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

以上

## 後期高齢者医療給付費受領委任状

東京都後期高齢者医療広域連合長 殿

私は、平成〇〇年〇〇月〇〇日申請分の後期高齢者医療給付費の受領に関する権限を下記の者に委任します。

記

平成〇〇年〇〇月〇〇日

委任者 住 所 町田市〇〇町 1-2-3氏 名 後期 一郎 受任者 住 所 町田市〇〇町 1-2-3氏 名 後期 花子