

委任状

令和 年 月 日

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

【委任者（被保険者）】

住 所	〒
氏 名	
電話番号	

私は、次の者を代理人に定め、下記の権限を委任します。

【代理人】

住 所	〒
氏 名	
電話番号	

記

(委任事項)