

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、 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

年 月 日

委任者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_



受任者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

以上