



# 委任状

奈良県後期高齢者医療広域連合長 宛

令和 年 月 日

(委任者)

住所

---

---

氏名

---

印

私は、下記の者を代理人に定め、次の権限を委任します。

(委任事項)

令和 年 月 日に申請した、療養費の受領に関すること。

(受任者)

住所

---

---

氏名

---

印