

# 委任状

代理人（受任者）

住所

氏名

電話番号

委任者（被保険者）との続柄

私は、上記の者を代理人と定め、高額療養費の受領について委任します。

令和 年 月 日

委任者（被保険者）

住所

氏名

印

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

（注意事項）委任状は、必ず委任者ご本人がご記入ください。