委 任 状

（あて先）奈良県後期高齢者医療広域連合長　様

令和　　年　　月　　日

（委任者）　　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

私は、下記の者を代理人に定め、次の権限を委任いたします。

（委任事項）令和　　　年　　　月　　　日に申請した、

　　　　　　　　　　　　　　　　の受領に関すること。

（受任者）　住　所

　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞