

香川県後期高齢者医療広域連合 殿  
香川県後期高齢者医療広域連合会計管理者 殿

## 委 任 状

私は、下記の者を代理人と定め、 \_\_\_\_\_ の

申請  
 受領

\_\_\_\_\_ に関する一切の権限を委任します。

受任者（代理人）

〒 \_\_\_\_\_

住 所

氏 名

\_\_\_\_\_ 年 月 日

委任者（被保険者）

〒 \_\_\_\_\_

住 所

氏 名