

委任状

東京都後期高齢者医療広域連合長 殿

表面の被相続人に係る後期高齢者医療給付費の支給申請、請求及び受領を行う代表者として、下記のものに権限を委任します。

令和 年 月 日

相続人代表者

申立者と同じ

※申立者と同じ場合は住所等の記入不要です。

住 所 _____

氏 名 _____

被相続人との続柄 _____

委任者（相続人が他にいる場合はご記入ください）

住所 _____ 氏名 _____ 印 _____（続柄 _____）

住所 _____ 氏名 _____ 印 _____（続柄 _____）

住所 _____ 氏名 _____ 印 _____（続柄 _____）

住所 _____ 氏名 _____ 印 _____（続柄 _____）

住所 _____ 氏名 _____ 印 _____（続柄 _____）

住所 _____ 氏名 _____ 印 _____（続柄 _____）

住所 _____ 氏名 _____ 印 _____（続柄 _____）