委 任 状

　 年　 月 　 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 委任者 | 被保険者 | 氏 名 |  | 明・大  昭　　　　　　年 月 日 |
| 住 所 |  | |
| 委 任 内 容 | | | 1. 被保険者証再交付 2. 資格取得・変更・喪失届出 3. 限度額適用・標準負担額減額認定証（申請・再交付） 4. 特定疾病療養受療証（申請・再交付） 5. その他（後期高齢者医療保険料減免申請） | |

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

私は、下記の者を代理人と定め、権限を委任します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代理人 | 氏 名 |  | 明・大  年 　 月 日  昭・平 |
| 住 所 |  | |
| 委任者との続柄 | | 親族（続柄 ）・担当民生委員・近隣協力者・友人  施設職員・ケアマネジャー・その他（ 　　　　 ） | |