委 任 状

年 月 日

委任者	被保険者	氏名		印 明・大 印 年 月 昭	日
		住所			
			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)		
委	任力	內 容	4.	限度額適用認定証(申請・再交付)	
			5.	特定疾病療養受療証 (申請・再交付)	
			6.	その他	
				()

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	氏名	明·大 年 月 日
人	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 ()