**委任状**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **被保険者(納付義務者)・受給者** | フリガナ |  |
| 氏名 | 　　 |
| 生年月日 | M・T・S・H　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住所(方書・施設名等) |  |
| 委任内容 | 国民健康保険・後期高齢者医療・介護保険・福祉医療・社会保険料納付証明書における、・送付先設定（変更・取消）届・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

伊予市長　様

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。

 令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **代理人** | フリガナ |  |
| 氏名 | 　　　 |
| 生年月日 | M・T・S・H　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住所(方書・施設名等) |  |
| 委任者との関係 | 親族（続柄　　　　　　　　）・担当民生委員・近隣協力者・友人・施設職員・ケアマネージャー・その他（　　　　　　　　　　　） |