

委任状

令和 年 月 日

委任者	被保険者	住所			
		氏名	生年月日	大・昭・平・令・西暦 年 月 日	
		連絡先			
委任内容 (委任する番号に○を ご記入ください)		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) 限度額適用認定証 (申請・再交付)			
		4. 特定疾病療養受療証 (申請・再交付)			
		5. その他 ()			

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	住所			
	氏名	生年月日	大・昭・平・令・西暦 年 月 日	
	連絡先			
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・ケアマネージャー・その他 ()			

注意事項

- ・委任するご本人が上記枠内を全て自書してください。パソコンで作成される場合も委任者の氏名は自書してください。
- ・鉛筆や消えやすいペンで記入しないでください。
- ・代理人は本人確認書類をご持参ください。
- ・記入内容に不備がありますと申請の受付ができません。