

# 委任状

年 月 日

|      |      |                                                                                                                                                         |                   |
|------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 委任者  | 被保険者 | 氏 名                                                                                                                                                     | 明・大<br>昭<br>年 月 日 |
|      |      | 住 所                                                                                                                                                     |                   |
| 委任内容 |      | 1. 資格確認書再交付<br>2. 資格取得・変更・喪失届出<br>3. 限度額適用・標準負担額減額認定証再交付<br>4. 限度額適用認定証再交付<br>5. 資格確認書交付兼任意記載事項併記申請<br>6. 長期入院日数届出<br>7. 特定疾病療養受療証（申請・再交付）<br>8. 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     | 氏 名 | 明・大<br>昭・平<br>年 月 日                            |
|         | 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<br>施設職員・ケアマネジャー・その他（ ） |