委 任 状

年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="2">委任者</td><td rowspan="2">被保険者</td><td>氏 名</td><td></td><td>明・大
昭　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住 所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">委 任 内 容</td><td colspan="3">1.　資格確認書再交付
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再交付
4.　限度額適用認定証再交付
5.　資格確認書交付兼任意記載事項併記申請
6.　長期入院日数届出
7.　特定疾病療養受療証（申請・再交付）
8.　その他（　　）</td></tr>
</table>

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。

<table>
<tr><td rowspan="2">代理人</td><td>氏 名</td><td></td><td>明・大
年　　月　　日
昭・平</td></tr>
<tr><td>住 所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">委任者との続柄</td><td colspan="2">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（　　）</td></tr>
</table>