

# 委任状

年 月 日

委任者	被保険者	氏名	明・大 昭	年 月 日
		住所		
委任内容		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） 4. 特定疾病療養受療証（申請・再交付） 5. その他（後期高齢者医療保険料減免申請）		

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 昭・平	年 月 日
	住所		
委任者との続柄		親族（ <small>続柄</small> ）・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（ ）	