

委任状

令和 年 月 日

委任者	被保険者	氏名	明・大 昭
		住所	年 月 日
委任内容		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. 送付先設定届出（変更・取消） 9. 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 昭・平
	住所	年 月 日
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（)