

再交付に関する委任状

※即日交付希望で被保険者本人の保険者証等代理権の確認できるものがない場合のみ記載してください。

委任状

代理人（申請者）

住所 _____

氏名 _____ 本人との関係 _____

私は上記の者を代理人と定め、介護保険 被保険者証・負担割合証 再交付申請書について、その権限を委任します。

令和 年 月 日

被保険者（本人）

被保険者番号										
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住所 富山県氷見市 _____

氏名 _____

印

※氏名は本人が自署してください。その場合は、押印不要です。

本人が自署不能のため代筆した場合は上記に押印するとともに、代筆者の氏名を下記に記載してください。

代筆者氏名 _____ 本人との関係 _____