

委任状

私儀, 被保険者証 負担割合証 受給資格証明書
 資格者証 負担限度額認定証

の交付に係る一切の権限を

住所

氏名

へ委任します。

介護保険被保険者情報

被保険者番号

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

生年月日

年

月

日

年 月 日

住所

氏名

印