様式第４号－２

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 整理番号 | ― |  |

委任状

　　私は、愛媛県国民健康保険団体連合会理事長　　　　　　　　　　を代理人と定め、下記の権限を委任いたします。

記

　　　　　年　　月　　日に発生した当保険者の被保険者

　と第三者との間の事故によって生じた被保険者の損害に対して、当保険者の福祉医療費に関する条例により代位取得した損害賠償請求権に基づく損害賠償金の請求ならびに受領に関する一切の権限

　　　　　　年　　月　　日

委任者

保険者名

代表者名 　　　　　　　　　　　　㊞