

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

(事故日)

年 月 日当 (市・町・組合) の被保険者 (被害者)

_____の交通事故による損害に対して国民健康保険法第
64 条第 1 項の規定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

市 町 長名
組合理事

印