

# 委任状

支 給 科 目	<input type="checkbox"/>	高額療養費
	<input type="checkbox"/>	高額療養費（外来年間合算）
	<input type="checkbox"/>	(医療) 高額介護合算療養費
		(介護) 高額医療合算介護 (介護予防) サービス費
	<input type="checkbox"/>	葬 祭 費
<input type="checkbox"/>	療 養 費	

※該当する支給科目1つだけに☑して下さい。  
※委任状は、原則として委任者が自署してください。

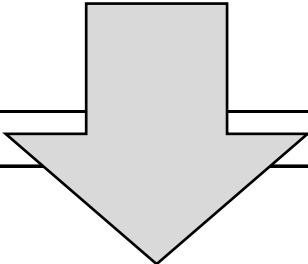
私は、上記の医療給付等についての  申請  受領 に関する一切の権限を  
下記の受任者（代理人）に委任します。

令和 年 月 日

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_  
(フリガナ) \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
(日中連絡可能なもの)

**【本人確認書類（写）を窓口提示もしくは郵送添付のこと】**  
※委任者の被保険者証、免許証、マイナンバーカードなどの写しが必要です。



〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_  
(フリガナ) \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
委任者  
との続柄 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
(日中連絡可能なもの)

※委任者・受任者以外の方が、窓口で委任状を持参する場合は記入してください。

窓口持参者	氏名		受任者 との続柄		連絡先	
-------	----	--	-------------	--	-----	--

市 町 記 入 欄				受付者
委任者意思確認	委任者本人の自署・委任者の本人確認書類（写）提示・その他（ ）			
持参者本人確認	【1点】免許・個人・在留・障害・他（ ）	備考	【2点】保険・診察・キャッシュカード・他（ ）	

※自署できない場合の委任者の意思確認など