

記入例

香川県広域連合長 殿 委任状

該当する
給付科目
1つだけに
☑して
ください。

<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
<input type="checkbox"/>	(介護) 高額医療合算介護 (介護予防) サービス費
<input checked="" 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下さい。

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

委任する内容に☑をしてください。

委任状は、原則として委任者が自署して下さい。
また、委任者の本人確認書類（写）を受任者（代理人）の方に渡して下さい。

令和●●年●●月●●日

〒 760 - 0066

住 所 香川県高松市福岡町二丁目3-2

(フリガナ) コウイキ レンゴロウ

委 任 者
(権利者本人：自署)

氏 名 広域 連五郎

日中連絡の取れる電話番号を記入して下さい。

電話番号 087-811-1866

(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】

※委任者の資格確認書、免許証、マイナンバーカードなどの写しが必要です。

受任者の方は、委任状とともに委任者の本人確認書類（写）を窓口提示もしくは郵送添付して下さい。

〒 760 - 0066

住 所 香川県高松市福岡町二丁目3-2

(フリガナ) コウイキ タロウ

受 任 者
(代理人)

氏 名 広域 太郎

委任者との続柄をご記入ください。

委任者との続柄 長 男

日中連絡の取れる電話番号を記入して下さい。

電話番号 087-811-1866
090-1111-2222

(日中連絡可能なもの)

※委任者・受任者以外の人が、窓口にて委任状を持参する場合は記入して下さい。

窓口持参者	氏名	広域 花子	受任者との続柄	妻	連絡先	090-3333-4444
-------	----	-------	---------	---	-----	---------------

受任者との続柄をご記入ください。

市 町 言		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	※自署できない場合の委任者の意思確認など
	【2点】資格・診察・キャッシュカード・他（ ）		