

記入例

香川県広域連合長 殿 委任状

該当する
給付科目
に☑して
ください。

<input checked="" 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 type="checkbox"/>	葬 祭 費
<input type="checkbox"/>	療 養 費

※委任状は、支給科目ごとに提出して下さい。

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
下記の者（代理人）に委任します。 委任する内容に☑をしてください。

令和●●年●●月●●日

委任の意思を確認するため
本人確認書類(写)を受任者
の方に渡してください。

〒 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 レンゴロウ

氏 名 広域 連五郎

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。

↓

〒 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

氏 名 広域 太郎

電話番号 087-811-1866
090-1111-2222
(日中連絡可能なもの)

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
添付してください。

※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	広域 花子	被保険者 との続柄	長男の妻	連絡先	090-3333-4444
-------	----	-------	--------------	------	-----	---------------

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（ ）			※委任者の意思確認など