

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	

※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。

令和 年 月 日

〒 _____

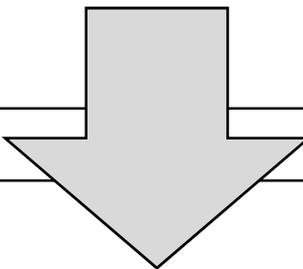
住所 _____

(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が必要です。



〒 _____

住所 _____

(フリガナ) _____

氏 名 _____

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	被保険者との続柄	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（ ） 【2点】保険・診察・キャッシュカード・他（ ）	
備 考		<small>※委任者の意思確認など</small>