

委任状

年 月 日

| | | | | | | | | | |
|--------|----------|-----|------|--|---|---|---|--|--|
| 被保険者番号 | | | | | | | | | |
| 委任者 | 住所 | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | |
| | 電話番号 | () | — | | | | | | |
| | 被保険者との続柄 | | 生年月日 | | 年 | 月 | 日 | | |

下記の者を受任者とし、次の事項を委任します。

- 療養費の（申請・受領）に関する権限
- 高額療養費の（申請・受領）に関する権限
- 高額療養費（外来年間合算）の（申請・受領）に関する権限
- 葬祭費の（申請・受領）に関する権限
- 高額介護合算療養費及び
高額医療合算介護（予防）サービス費の（申請・受領）に関する権限
- () に関する権限

| | | | | | | | | | |
|-----|---------|-----|------|--|---|---|---|--|--|
| 受任者 | 住所 | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | |
| | 電話番号 | () | — | | | | | | |
| | 委任者との続柄 | | 生年月日 | | 年 | 月 | 日 | | |

*受任者が支給を受ける場合、委任者の本人確認書類の写しを添付してください。

<本人確認書類の例>

- ・運転免許証、パスポート等、官公署発行の顔写真付きの証明書
- ・（後期高齢者医療被保険者の場合）後期高齢者医療被保険者証

| | 本人確認書類 | 確認日 | 担当者 |
|--------------|---------------------------------------|-----|-----|
| 市区町職員 記載欄 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 | | |
| | <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 | | |
| | <input type="checkbox"/> 旅券 | | |
| | <input type="checkbox"/> () | | |