

# 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<br>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<br>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>

・マイナンバーカードなど官公署発行の顔写真付き身分証明書等

|              |                                                                    |      |     |
|--------------|--------------------------------------------------------------------|------|-----|
| 市区町職員<br>記載欄 | 本人確認書類                                                             | 確認日付 | 担当者 |
|              | <input type="checkbox"/> マイナンバーカード<br><input type="checkbox"/> ( ) |      |     |