

# 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>

- ・マイナンバーカードなど官公署発行の顔写真付き証明書等

市区町職員 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 <input type="checkbox"/> ( )		