

委任状

令和 年 月 日

委任者住所	
委任者氏名	
委任者生年月日	年 月 日
委任者電話番号	()

※委任者本人が署名すること。

下記の者を代理人とし、下記の権限を委任します。

記

委任事項： 医療費の申請について 医療費の受領について

代理人住所	
代理人氏名	
代理人生年月日	年 月 日