

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、マイナンバーカード等、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

市区町職員 記載欄	本人確認書類	確認日付	担当者
	<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（パスポート） <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> ()	年 月 日	