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身分証明書等

市区町職員記載欄	本人確認書類	確認日付	担当者
	□マイナンバーカード □（　　）		