

委任状

年 月 日

【委任者】【下記より該当するものを○で囲って下さい】

※（保険金請求権利者・親権者・患者本人）

氏名 _____ ⑩

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

患者様との続柄 _____

住所 _____

電話番号 _____

（委任理由）

記

私は、上記理由により、患者 _____ に関する、

各種証明書、その他関連データ総ての（申し込み・受け取り）

を下記の者に委任します。

【受任者】

※（窓口へ来られる方）

氏名 _____ ⑩

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

委任者様との続柄 _____

住所 _____

電話番号 _____