

委 任 状

年 月 日

米沢市長 あて

〈委任者〉

住 所 _____

フリガナ

氏 名 _____

国民健康保険被保険者記号・番号(_____ - _____)

私は、下記の者を受任者(代理人)と定め、

☐療 養 費(_____ 年 _____ 月診療分)の受領

☐高額療養費(_____ 年 _____ 月診療分)の受領

☐そ の 他(_____)

に関する一切の権限を委任します。

記

〈受任者(代理人)〉

住 所 _____

フリガナ

氏 名 _____

電 話 番 号 _____

委任者との続柄 _____