委　　任　　状

　特定疾患医療費申請（療養費払分）に係る【 申請 ・ 受取 ・ 申請と受取 】に関する権限を下記の者に委任します。

※【　】カッコ内のいずれかに○を付けて下さい。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　（受給者（患者））

住　所

氏　名

㊞

記

（申請者もしくは受取人（口座名義人））

１　住　所　〒　　　－

２

　　　　　　　　受給者との続柄等（　　　　　　　　　　　　）