

# 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 〒 ー

フリガナ  
2 氏 名

受給者との続柄等（ ）