委 任 状

次の手続きを委任します。

□障がい者医療　□65歳以上障がい者医療　□妊産婦医療
□一人親家庭等医療　□精神障がい者医療　　にかかる
(　　)の手続き

令和　　年　　月　　日

委任者　　住所

氏名　　印

生年月日

電話番号

受任者　　住所

氏名　　印

生年月日

電話番号

委任者との関係

※委任者・受任者それぞれが自ら署名し、作成してください。
（本人自署の場合は押印不要です。）

※受任者は本人であることが確認できる身分証明書等（マイナンバーカード、運転免許証、保険証、パスポート等）をお持ちください。