



# 委任状

|         |                 |
|---------|-----------------|
| 代理人住所   |                 |
| 代理人氏名   |                 |
| 代理人生年月日 | 明・大・昭・平・令 年 月 日 |

上記の者を代理人とし、下記の権限を委任します。

記

委任事項： 医療費通知書の再交付に関すること

令和 年 月 日

|         |                 |
|---------|-----------------|
| 委任者住所   |                 |
| 委任者氏名   |                 |
| 委任者生年月日 | 明・大・昭・平・令 年 月 日 |
| 委任者電話番号 |                 |