

# 委 任 状（医療費通知発行申請用）

年 月 日

中野区保険医療課国保給付係 宛て

委任者（発行を必要とする方）※委任者ご本人がご記入ください。

記号番号 14-\_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 年 月 日

連絡先 \_\_\_\_\_

代理人（窓口にお越しになる方）※委任者ご本人がご記入ください。

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 年 月 日

連絡先 \_\_\_\_\_

委任内容（該当にチェック☑をつけてください）

私は、上記代理人に下記の権限を委任します。

- 医療費通知発行の申請及びその受領（窓口渡しのみ可）
- 医療費通知発行の申請のみ（医療費通知は郵送）
  - 委任者の住所地に送付
  - 委任者の住所地以外に送付

〒

[ ]

※ご注意※

- ※ ご本人（委任者）が太枠内を全て自筆でご記入ください。
- ※ 代理人の方が記入する項目はありません。
- ※ 内容に疑義がある場合は、委任状として認められません。
- ※ 申請及び受領時に代理人の本人確認可能な書類及び委任者の本人確認可能な書類をお持ちください。（本人確認書類とは、マイナンバーカード、運転免許証等のことです。）
- ※ 郵送の場合は、上記の本人確認用書類の写しを、申請書に添付してください。