

委 任 状

私は、(代理人の住所)

(代理人の氏名)

を代理人と定め、下記のとおり特定医療費の受領にかかる一切の権限を委任いたします。

記

1. 診療月：

2. 医療機関名：

年 月 日

委任者

住 所

氏 名