

委任状

被保険者	保険者番号	3	9	0	1	2	2	8	1
	被保険者番号								
	氏名								
委任者	委任日	(令和) 年 月 日							
	住所								
	氏名								印
	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 法定相続人等 <input type="checkbox"/> 葬祭執行者							

私は、下記の受領の権限を受任者に委任します。

- 葬祭費
- 葬祭費以外の給付費（高額療養費・療養費・高額介護合算療養費等）

受任者	住所								
	氏名								
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日							<input type="checkbox"/>
	電話番号	()							

市区町村受付印