

# 委任状

年 月 日

## 【委任する方】

委任者	住所	〒
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	T S H R 年 月 日
	電話番号	

私は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

### 委任事項

- 医療福祉費資格取得
- 医療福祉費支給
- 保険変更・住所変更・口座変更
- 再交付
- 分娩者手当金
- その他（ ）  
に関する 申請 ・  受領

## 【窓口に来られる方】

代理人	住所	〒
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	T S H R 年 月 日
	電話番号	

※代理人の方は、本人確認書類をお持ちください。

(官公署発行の顔写真身分証明書の場合は1点、その他は2点)