

委任状

むつ総合病院 御中

○委任者（患者）

委任年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所： _____

氏名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

確認連絡先： _____

私は、下記の者を代理人と定め
診断書・証明書・傷病手当金の申請、受領
に関する一切の権限を委任します

○代理人

代理人氏名： _____ 委任者との関係

確認連絡先： _____

代理人が代筆をした場合は以下をご記入ください

委任年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

委任者(患者)氏名： _____

委任者(患者)住所： _____

委任者(患者)生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

代筆理由： _____

- 注1 委任状は委任者ご本人が必ずすべて自署してください
※他人による偽造や改ざんは刑法上の罪(私文書偽造等)に問われる可能性があります
- 注2 委任者、代理人であることを確認するために身分証(運転免許証、マイナンバーカード、パスポート、健康保険証、年金手帳など)を提示いただくか、またはコピーを提出してください
- 注3 委任者(患者様)本人が自署できない、また亡くなっている場合は代理人が代筆しても構いません
- 注4 本状は原本のみ有効となります
- 注5 ご不明な点は診断書担当(内線8447)へお尋ねください