

被保険者番号						新規
						変更

委任状

令和 年 月 日

宇土市長 様

【世帯主】 住 所 宇土市 番地 _____
氏 名 _____ 印

私は下記の者を代理人と定め、
受領を委任します。

☐ 高額療養費
☐ 療養費
☐ 食事療養費(差額)
☐ 出産育児一時金
☐

の

【代理人】 住 所 番地 _____
氏 名 _____
個人番号 _____ 代理人印
世帯主との続柄 _____
電話番号 _____

※ 支給申請書兼請求書は担当課保管