

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、

- 高額療養費
- 療養費
- 食事療養費(差額)
- 出産育児一時金
-

の

受領を委任します。

【代理人】 住所 _____ 番地 _____
氏名 _____
世帯主との続柄 _____ 代理人印
電話番号 _____