令和　　年　　月　　日

委　　任　　状

所　　在　　地
事　業　所　名
事　業　主　名

下欄の委任者は、保険給付費（ 高額療養費・一部負担還元金・訪問看護療養付加金・家族訪問看護療養付加金・家族療養付加金・合算高額療養付加金 ）の受領に関する権限を上記事業主に委任します。
また、事業主を経由して世帯単位で作成された上記の支給決定通知書を受領することについても同意します。

委任者一覧　　**記号**＿＿＿＿＿＿＿＿

証　番　号	被保険者名	証　番　号	被保険者名

令和　　年　　月　　日

委　　任　　状（続　紙）

保険給付費（ 高額療養費・一部負担還元金・訪問看護療養付加金・家族訪問看護療養付加金・家族療養付加金・合算高額療養付加金 ）の受領に関する権限を上記事業主に委任します。

また、事業主を経由して世帯単位で作成された上記の支給決定通知書を受領することについても同意します。

委任者一覧　　**記号**＿＿＿＿＿＿＿＿

証　番　号	被保険者名	証　番　号	被保険者名