

委任状

患者_____登録番号_____の医療証明書類
の申請及び受領に関する権限を下記のとおり委任します。

令和 年 月 日

委任者（血族）

住 所

氏 名

⑩

電話番号（ ）

生年月日 年 月 日生

続 柄（患者との関係）

受任者（自署）

住 所

氏 名

⑩

電話番号（ ）

生年月日 年 月 日生

続 柄（委任者（血族）との関係）

※患者本人の意思確認ができない場合及び患者が死去されている場合で、血族の方が手
続きできないとき

・血族の方が委任者（血族）欄と下記の患者欄を、窓口に来られる方が受任者欄を記入
してください。

この場合は、委任者（血族）の免許証等（本人確認ができるもの）の写しを添付して
ください。

患者の 住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生