

## 委任状

〒

受任者（代理人） 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

私は上記の者を代理人と定め、診療に係る診断書・証明書等の文書の申込、受取に関する権限を委任します。

令和 年 月 日

〒

委任者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

患者登録番号 \_\_\_\_\_

※患者登録番号は診察券の登録番号を記入してください。

(文書料の請求に必要な情報)

健康保険	<input type="checkbox"/> マイナ保険証あり→ <input type="checkbox"/> 私（委任者）は貴院のオンライン資格確認を同意します								
	<input type="checkbox"/> マイナ保険証なし (わからない場合も含む)				→ <input type="checkbox"/> 資格確認書の写しを提出します → <input type="checkbox"/> 前回受診日から資格情報に変更ありません				
公費負担 医療制度	<input type="checkbox"/> 私（委任者）は、公費受給者です → <input type="checkbox"/> 受給証の写しを提出します → <input type="checkbox"/> 受給者情報をこの文書に記載して提供します								
公費受給者 番号					公費負担者 番号				負担限度額

※上記内容に変更が生じた場合は、書類受付（0532-33-6136）へご連絡ください。