委 任 状

年	月	日

被伊	保険者番号								
	住所			-				-	
委 任	氏 名								
者	電話番号	())		_			
	被保険者 との続柄				生年 月日		4	年 月] []
下記の者を受任者とし、次の事項を委任します。									
□ 葬祭費の受領に関する権限									

	住 所							
受	フリガナ							
任	氏 名							
者	電話番号	()		_			
	委任者 との続柄			生年 月日		年	月	日

) に関する権限

*受任者が支給を受ける場合、委任者の本人確認書類の写しを添付してください。

<本人確認書類の例>

□ その他(

- ・運転免許証、パスポート等、官公署発行の顔写真付きの証明書
- ・ (後期高齢者医療被保険者の場合)後期高齢者医療被保険者証

	本人確認書類		確認日	担当者
市区町職員記載欄	□運転免許証 □後期高齢者医療被保険者証 □旅券 □()		