

委任状

受任者 住所

氏名

印

上記の者を代理人と定め、(受給者氏名) に対する新潟県からの
特定医療費(療養費払)の受領について、一切の権限を委任します。

年 月 日

委任者(相続者)

住所

氏名

印

委任者(相続者)

住所

氏名

印

委任者(相続者)

住所

氏名

印

委任者(相続者)

住所

氏名

印

委任者(相続者)

住所

氏名

印

注 受任者の印は委任者の印と異なるものを押印のこと