療養費受領委任状

受任者

上記の者に対して、次の事項を委任します。

私の世帯に属する国民健康保険の被保険者である　　の

年　　月診療分の療養費の受領に関すること。

年　　月　　日

委任者　住所　府中市　　町　　番地

氏名　　㊞

（被保険者記号番号　　）