

# 委任状

年 月 日

佼成病院 院長殿

私は、下記の者を代理人と定め、診断書・証明書等の申請・受け取り、及び費用の精算について委任します。

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人電話番号 \_\_\_\_\_

私（患者本人）との関係 \_\_\_\_\_

※代理の方は、代理の方の保険証・免許証など記載事項を確認できる身分証明書を持参してください。

( I D )  
患者氏名（自署・捺印） \_\_\_\_\_ 印

患者住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※本状は記載より3カ月以内のものを有効とします。

\*\*\*\*\*  
以下病院記載欄 受理日 年 月 日

代理人確認書類（病院記載）

免許証	保険証	住基ネット	パスポート	

佼成病院文書担当