

委 任 状

年 月 日

代理人（受任者）

氏名：

患者との関係：

住所：

電話番号：

※代理人の方は本人確認書（マイナンバーカード・免許証・パスポート・資格確認書等）をお持ちください。

私（委任者）は、上記の者を代理人（受任者）と定め、下記の権限を委任します。

記

委任事項

（※該当する番号にマルを付けること）

- 1 診断書・証明書等
- 2 診療記録（カルテ）の開示
- 3 その他（）

の交付申請並びに受取に関する一切の権限。

本人（委任者）

氏名（自署）：

診察券番号：

住所：

電話番号：

※本人（委任者）が自署できない場合は、その理由

（注）「自筆できない理由」とは、身体的理由により自筆できないことを指し、「仕事中のため書けない」「高齢のため書けない」は理由として認められません。代理人が代筆する場合は、委任状を見せる、記載した内容を読み聞かせるなどの方法でご本人の意思を確認し、その旨を理由欄に記載してください。

○委任状の原本は、返却しません。

○委任状原本及び本人確認資料・その他の必要書類の提出がない場合、お申し込みを受けることはできませんので、ご了承ください。

○委任状は手続き・申込の都度、必要となります。