

健康保険給付金受領委任状

給付金の請求者 (被保険者)	私は下記の給付金に関する受領を代理人に委任します。				
	年 月 日				
給付金	氏名				
	〒 住所				
給付金	Tel ()				
	被保険者等 記号・番号				
給付金	受領委任する給付金の種類				
	☐ 出産育児一時金 ☐ 療養費(立替・装具作成・海外療養費) ☐ 家族埋葬料 ☐ 出産手当金 ☐ 傷病手当金 ※ 給付金の受領委任する場合は、必ず給付金の申請書とこの委任状を一緒に提出ください。 一緒にご提出いただけない場合は、代理人に支給できませんので、予めご了承ください。				
給付金	手当金の場合 は請求期間				
	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日				
代理人	氏名		被保険者と 代理人の関 係		
	住所		〒		
			Tel ()		
	給付金 振込口座		普通 当座	銀行 信金	本店 支店 出張所
代理人			口座 番号	フリガナ 名義人	

- 委任状は受領委任する給付金の申請書毎に必要となります。
- 代理人が、事業所及び被扶養者以外の場合は、続柄がわかる書類(住民票等)を添付ください。

健保確認	常務理事	事務長	担当者	担当者	備考	