

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				
氏名		健保 太郎			
〒		× × × - × × × ×			
住所		東京都 × × × × × × × - × - ×			
TEL		× × (× × × ×) × × × ×			
被保険者証の記号・番号		× × - × × × ×			
給付金	<input checked="" type="checkbox"/> 出産育児一時金 <input type="checkbox"/> 療養費(立替・装具作成・海外療養費) <input type="checkbox"/> 家族埋葬料 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 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。				
	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		健保 花子		被保険者と代理人の関係 妻
	〒		× × × - × × × ×		
	住所		東京都 × × × × × × × - × - ×		
TEL		× × (× × × ×) × × × ×			
給付金振込口座		普通当座	× × ×	銀行	● 本店 ● 支店 ● 出張所
		口座番号	× × × × × × × ×	信金 フリガナ	× × × ケンポ ハナコ
		名義人		健保 花子	
● 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