

(健康保険組合照会用)

## 委 任 状

(代理人) 埼玉県鴻巣市中央1番1号  
鴻巣市長 並 木 正 年

私は、上記の者を代理人と認め、福祉3医療費支給制度の助成を受けるにあたり、下記の事項を委任します。

### 記

1. 私または扶養家族の、保険加入期間内の診療分について、高額療養費・附加給付金等支給制度該当の有無、支給金額等を健康保険組合に照会すること。

以上

令和 年 月 日

(委任者) 住 所  
被保険者  
氏 名 印