様式12

**委　　任　　状**

**死亡した特定医療費（指定難病）受給者（甲）**

住所

氏名

**法定相続人のうち受任者（乙）**

住所

氏名

甲に係る特定医療費（指定難病）に関する償還金の請求及び受領の権限を、乙に委任します。

　年　　月　　日

　委　任　者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所 | 氏名 | 印 | 続柄 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※続柄は、死亡した受給者との続柄を記入してください。

※同一順位の法定相続人全員（通常は甲の配偶者とその子供、乙を除く）の委任が必要です。