

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。