

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子、乙を除く）の委任が必要です。

※受任者（代理人）は、来所申請する場合は、代理人本人であることが確認できるものを提示してください。また、郵送申請の場合は、確認できるもののコピーを追加してください。

（例：運転免許証、マイナンバーカード など）