

# 委任状

死亡した (住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_ に係る原子爆弾被爆者一般疾病医療費受給の権限を

法定相続人の代表として (住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_ が受領することを委任します。

令和 年 月 日

	住 所	氏 名	印	続柄
受任者を除く法定相続人				

※ 続柄は、死亡した受給権者(被爆者)との続柄を記入してください。

この委任状には、法定相続人の範囲のわかる戸籍謄本等（写し可）を必ず添付してください。

なお、同一順位の法定相続人全員（通常は死亡者の配偶者と子）の委任がない場合、請求は認められません。