

住商連合健康保険組合 御中

委任状

被 保 険 者	私は下記の給付金に関する受領を代理人に委任します。		
	年 月 日		
	氏名		
	住所 〒		
		TEL	()
給 付 金	受領委任する 給付金の種類	<input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 療養費 <input type="checkbox"/> 出産育児一時金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 家族埋葬料 <input type="checkbox"/> 移送費	
代 理 人	氏名		被保険者と 代理人の関係
	住所	〒	
		TEL	()