

(受領委任用)

委 任 状

私は_____を代理人と定め_____年度（出納閉鎖期間を含む）特定
医療費の医療費にかかる支払金を受領することを委任します。

_____年_____月_____日

委任者

住 所_____

氏 名_____ 印

上記代理受領の件承諾します。

_____年_____月_____日

受任者

住 所_____

氏 名_____ 印

岐阜県知事 様