

令和 年 月 日

委 任 状

私は、下記の者を代理人と定め、おむつ代医療費控除に係る主治
医意見書内容確認書の申請に関する一切の権限を委任します。

委 任 者 美濃市 _____
(被保険者)

_____ (印)

受 任 者 _____
(代 理 人)

_____ (印)

※代理人は、本人であることを証明するものを提示してください。