第８号様式（第１４関係）

委　　任　　状

　　　 　　　　 　　年 　　月 　　日

　　　殿

委任者 住所

　　　　　　　　　　　　　　（受給者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　私は、特定疾患療養費の請求及び受領に係る一切の権限を、下記の者に委任します。

記

　受任者　　住所

　　　　　　氏名

　　　　　　続柄