

委任状

____年 月 日

医療法人社団 紺整会
船橋整形外科病院
船橋整形外科クリニック
船橋整形外科西船クリニック
船橋整形外科市川クリニック
船橋整形外科みらいクリニック 院長殿

委任者(患者) 住所 _____
氏名 _____
生年月日 _____ 年 月 日生
電話番号 _____
携帯番号 _____

私は下記の者に下記書類の交付申請・受け取りを委任します。

記

書類名 _____
(記載例: 医療保険受給のための診断書、労災保険申請に係わる書類)

利用目的 _____
(記載例: 保険会社に提出するため、労働基準監督署に提出するため)
※診療記録(カルテ)の開示請求の場合、利用目的の記載は不要です。

受任者 住 所 _____
氏 名 _____
生年月日 _____ 年 月 日生
電話番号 _____
携帯番号 _____
委任者との関係 _____

※必ず受任者の身分証明書を持参してください。(運転免許証、健康保険証など)

医療法人社団 紺整会