

# 書類等受理の委任状

独立行政法人 国立病院機構埼玉病院 病院長 殿

私は、下記の者を代理人として定め、書類等の受理に係る権限を委任します。



西暦 年 月 日 患者自署

患者指印

代理人 氏名	代理人 生年月日
代理人 住所	患者氏名
<input type="checkbox"/> 書類（診断書等） <input type="checkbox"/> 検査画像	患者との関係

※患者さんが身体的理由で自署できない場合は指印を押してください。

※受領時は患者さんご本人の診察券及び代理人の身分証明書を必ずお持ちください。

※身分証明書とは、運転免許証・マイナンバーカード・パスポート・学生証など顔写真入りのものを指します。

※顔写真入りの身分証明書がない場合は、氏名と住所が確認できる書類（保険証、住民票等）を2種類提示してください。

身分証明書確認欄(病院使用)	
〔顔写真あり〕	
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 学生証
<input type="checkbox"/> その他 _____	
〔顔写真なし〕	
<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 住民票
<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> 資格証明書
<input type="checkbox"/> 母子健康手帳	<input type="checkbox"/> 公共料金の領収書
<input type="checkbox"/> その他 _____	
確認者 _____	