

委任状

年 月 日

国家公務員共済組合連合会
横須賀共済病院 病院長 殿私 _____ は、
(患者氏名)_____ に、
(代理人氏名)

代理人として下記手続きの権限を委任します。

〒 _____
(代理人住所)連絡先 _____
(患者様との関係) 配偶者 親権者 法定相続人 その他()

委任する 手続き 内容	<input type="checkbox"/> 私に関する医療情報の申込み手続き
	<input type="checkbox"/> 私が診療・検査を受けた医師または医療機関から診断名(傷病名)・診療内容・検査結果・既往歴・病歴・治癒見込み等について説明を受けること
	<input type="checkbox"/> 私が診療・検査を受けた医師または医療機関から診断名(傷病名)・診療内容・検査結果・診断書・明細書等資料の交付・貸出・複写等を行うこと

委任者(患者記入欄)

年 月 日

〒 _____

住所 _____

氏名(自筆署名) _____

印

連絡先 _____

※病院から代理人確認の連絡をさせていただくことがあります。