

# 委任状

年 月 日

国家公務員共済組合連合会  
虎の門病院 院長 殿

本人（委任者）

氏名： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

電話番号（自宅・携帯）： \_\_\_\_\_

**私（委任者）は、下記の者を代理人と定め、診断書等文書の申請及び受取を委任します。**

代理人（受任者）

氏名： \_\_\_\_\_（委任者との続柄： \_\_\_\_\_）

住所： \_\_\_\_\_

電話番号（自宅・携帯）： \_\_\_\_\_

## ※委任状は、委任者が受任者欄も含めて自署してください。

ただし、病気やケガのため自署できない場合は、代理人以外の方が代筆し、下記もご記入ください。  
※身体上の理由以外での代筆は認められません。

代筆者（代理人以外）

氏名： \_\_\_\_\_（委任者との続柄： \_\_\_\_\_）

住所： \_\_\_\_\_

代筆理由： \_\_\_\_\_

- ※黒または青のボールペン（インク式）でご記入ください。（鉛筆・シャープペンシル・消せるボールペンは不可）
- ※代理人はマイナンバーカード・運転免許証等、記載事項を確認できる身分証明書をお持ちください。
- ※本状の有効期限は記載日より3か月以内です。
- ※本状は原本のみ有効、コピーでの対応はできかねます。

