

委 任 状

年 月 日

社会福祉法人 恩賜  
財団 済生会熊本病院  
院長 中尾 浩一 様

私は、私の健康診断にかかる結果報告書の再発行手続き、または、その内容を転記する診断書や証明書等書類の交付手続き、その他、私に関する健康情報や診療情報の提供に必要な手続きにおいて、次の代理人にその手続きの権限を委任します。

【代理人】 手続きを行う権限を委任された人

|        |        |         |  |
|--------|--------|---------|--|
| 代理人の氏名 | (フリガナ) | 受診者との関係 |  |
|        |        |         |  |
| 代理人の住所 | 〒      | 電話番号    |  |
|        |        |         |  |

【受診者本人】 手続きを行う権限を委任する人

|        |        |      |                                                                                                                          |
|--------|--------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 受診者の氏名 | (フリガナ) | 性別   | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                                                                    |
|        | 印      | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成<br>年 月 日 |
| 受診者の住所 | 〒      | 電話番号 |                                                                                                                          |
|        |        |      |                                                                                                                          |

添付書類の提示

この委任状のほか、下記の書類をご提出ください。

☐ 受診者本人であることを確認できる書類のコピー（運転免許証、マイナンバーカード、健康保険証等）

☐ 代理人本人であることを確認できる書類のコピー（運転免許証、マイナンバーカード、健康保険証等）

また、受診者と代理人の関係を証明するものの提出を求めることがあります。（戸籍謄本など）

留意事項

内容に同意された場合は、右□に☑してください。同意いただけない場合は、手続きができません。

☐ 下記の留意事項の内容に同意します。

- ☐ この委任状は、手続きを行う権限を委任する受診者本人が、自筆でお書きください。
- ※ 受診者本人の自筆でない場合、手続きができない場合があります。あらかじめご了承ください。
- ☐ 正当な手続きを経て行われた記録開示により発生する当事者の不利益に対し、当院は一切責任を負いません。