

# 委任状

記入日 年 月 日

<委任者(患者)>

氏名(自署) (ID : )

生年月日 年 月 日 電話番号

住所

※伊藤病院に届け出ている住所をご記入ください

保護者名 (続柄 )

※18歳未満の方は、保護者名をご記入ください

私は、下記の者を代理人と定め、診断書等の文書の請求・受領、医師面会、診療記録の開示に関する一切の権限を委任します

<受任者(代理人)>

氏名 (患者との関係 )

生年月日 年 月 日 電話番号

住所

※裏面の注意事項もご確認ください



伊藤病院

---

### 【注意事項】

- \* 委任状は原本のみ有効です。コピーは使用できません。
- \* 委任状の記入は患者様の直筆でお願いいたします。代理人が記入した場合は無効となります。
- \* 患者様の住所は、伊藤病院に届け出ている住所をご記入ください。
- \* 本委任状の有効期限は、記入日より3カ月以内とし、1回の申請をもってその効力を失います。
- \* 代理人は、ご自身の顔写真付きの身分証明書（運転免許証、マイナンバーカード、在留カード、パスポートなど）をご提示ください。
- \* 委任内容についてご不明な点がございましたら、お電話にてお問い合わせください。
- \* 委任状に加えて、申請の目的に応じた以下の説明をご確認ください。

### 診断書・証明書等を希望される場合

- \* 申込当日に診断書・証明書等を交付することはできませんので、あらかじめご了承ください。
- \* 代理人が民間保険会社等に所属する場合は、所属先のわかる名刺等をご持参ください。
- \* 亡くなられた方の診断書等の発行を第三者が申し込まれる場合、ご家族の委任状と故人との関係がわかる「戸籍全部事項証明書」（発行から3カ月以内・写しも可）も併せて必要になります。

### 医師面会を希望される場合

- \* 当日の診療状況等によっては、医師面会をお受けできない場合がございます。
- \* 代理人は、必ず患者様の診察券、健康保険の番号がわかるもの又は資格情報のお知らせをご持参ください。また、健康保険の有効資格が確認できない場合は保険適用外となり、自費での取扱いになりますことをあらかじめご了承ください。

### 診療記録開示を希望される場合

- \* 診療記録開示については別途「戸籍全部事項証明書」（発行から3カ月以内・写しも可）が必要になります。その他必要事項は、当院ホームページをご参照ください。