

# 委任状

私は事業主(事業主代理人)を代理人と定め、次の権限を委任します。

セキスイ健康保険組合から支給される保険給付金  
(法定給付、付加給付)

の受領に関する件。

令和 年 月 日

〒

被保険者住所

\_\_\_\_\_

被保険者氏名

\_\_\_\_\_

被保険者証の記号番号	—
------------	---

※被保険者資格取得者は本委任状を取得届に添付してください。