平成　　年　　月　　日

委任状

MBK 連合健康保険組合　理事長　殿

（委任者）記号　　番号

氏名　　㊞

生年月日　　年　　月　　日

私は、下記医療機関へインフルエンザ予防接種費用補助の請求権を委任いたします。

受任医療機関　　一般財団法人　健康医学協会

代表理事　　大坪　修

東京都千代田区紀尾井町 4-1

ホテルニューオータニガーデンタワー2F

組合指定の医療機関でインフルエンザ予防接種を受ける方へ

◎　組合指定の医療機関でインフルエンザ予防接種を受ける方は、医療機関窓口で必ず被保険者証を提示しこの委任状を提出してください。

◎　委任状を提出された方は、直接健康保険組合へ補助金請求ができません。