

# 委任状

被害者（国民健康被保険者） 殿に  
対して支払うべき自動車損害賠償金のうち貴町において給付された保  
険給付金については、下記契約保険会社に直接請求受領されたく委任  
します。

## 記

1. 契約保険会社名

2. 保険期間 令和 年 月 日から  
令和 年 月 日まで

3. 保険証明書番号

令和 年 月 日

加害者（自動車保有者）

住所

氏名

⑩

※本人が署名しない場合は、記名押印してください。

大治町長 殿