

この委任状は、すべて委任者本人が記入してください。

委 任 状

美 祢 市 長 殿

令和 年 月 日

委 任 者（世 帯 主）

住 所 美 祢 市

氏 名

電 話 番 号

日中の連絡先 自 宅・携 帯

私は、下記の者を代理人と定め、国民健康保険にかかる下記の権限を委任します。

該当事項に✓する

✳ 資 格

- ☐異動の手続き
- ☐資格確認書の交付申請（再交付申請）
- ☐資格確認書の受領
- ☐資格情報のお知らせの再交付申請
- ☐資格情報のお知らせの受領

✳ そ の 他

- ☐納付確認書発行申請
 - ◇確定申告(年末調整)
 - ◇入所施設提出(施設入所手続用等)
 - ◇その他()
- ☐医療費通知再交付
- ☐健診受診券・脳ドック利用券交付(再交付)
- ☐マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除
- ☐上記以外(委任する内容を具体的に記入してください)

✳ 給 付

- ☐限度額適用認定証・標準負担額減額認定証
 - ◇申 請（新規・継続・長期入院・再交付）
 - ◇認定証の受領
- ☐給付費の申請・受領
 - ◇高額療養費
 - ◇療 養 費（一般・海外診療、補装具代、移送費等）
 - ◇特別療養費(保険税充当手続き)
 - ◇食事療養標準負担額差額
 - ◇出産育児一時金
 - ◇葬 祭 費（㊟ 委任者は葬祭執行人）

代 理 人

住 所

氏 名

電 話 番 号

日中の連絡先 自 宅・携 帯

※ 代理人の方の身分確認のため、運転免許証（運転経歴証明書）・マイナンバーカードなど顔写真付きの公的な本人確認書類をお持ちください。