

# 委任状

令和 年 月 日

備前市長様

私は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

備前市国民健康保険に係る次の手続き（該当するものにチェックを入れてください）

- 国民健康保険にかかる届出及び申請
- 資格情報のお知らせまたは資格確認書の受領
- 限度額認定証等の受領
- 特定疾病受療証の受領
- 高額療養費の受領
- 療養費の受領（食事療養費、海外療養費、移送費含む）
- 葬祭費の受領
- 出産育児一時金の受領
- その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )

委任者（原則、世帯主。葬祭費の場合は、葬祭執行者）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

代理人（委任される人）※マイナンバーカード・運転免許証等ご持参ください

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

代筆者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日