

委任状

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かかる次の手続き（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
- ☐ 資格確認書の受領
- ☐ 資格情報のお知らせの受領
- ☐ 限度額適用認定証等の受領
- ☐ 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）

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 月 日