

委任状

令和 年 月 日

仁淀川町長 様

申請者（委任する方）	住 所
	氏 名 ⑩
	生年月日 昭和・平成 年 月 日
	電話番号

私は、下記の者を代理人と定め、国民健康保険に関する以下の権限を委任します。

代理人（委任された方）	住 所
	氏 名
	生年月日 昭和・平成 年 月 日
	申請者との続柄
	電話番号

委任事項（頼む内容）
☐ 加入や喪失、変更の手続き
☐ 資格確認書などの新規発行および再発行申請手続き
☐ 限度額適用認定証の申請手続き
☐ 資格確認書または資格情報のお知らせ、限度額認定証等の各種証の受領
☐ 給付における受領（支払金の受領） （ ☐ 高額療養費 ☐ 療養費 ☐ 入院時食事代差額 ☐ 出産育児一時金）
☐ マイナ保険証の利用登録解除申請
☐ その他（内容： ）

※ 申請者本人が記入すること。
筆記困難で代筆した場合には、欄外に代筆した方の名前などが分かるように記入すること。
例「代筆者：〇〇 〇〇（長女）」など

※ 委任事項に☑を入れること。（給付における受領の場合には、該当の給付種類にも☑）

※ 代理人の方は、顔写真付きの本人確認書類（マイナンバーカードや免許証等）を持参してください。