

委 任 状

代 理 人 (委任をされる方)

フリガナ		本人との関係	
氏 名			
住 所	〒 —		
連 絡 先	— —		

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

ご 本 人 (委任をする方)

提 出 日

令和

年

月

日

被保険者番号	—	生年月日	
フリガナ		大正	
氏 名	⑩	昭和	年 月 日
		平成	
		令和	
住 所	〒 —		
連 絡 先	— —		
委任する内容	<p>1 資格に関する</p> <p><input type="checkbox"/> 国民健康保険資格異動</p> <p><input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証交付</p> <p><input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証交付</p> <p><input type="checkbox"/> 被保険者証等再交付</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>2 給付に関する</p> <p><input type="checkbox"/> 療養費 ()</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>3 その他</p> <p style="font-size: 2em;">[]</p> <p style="text-align: center;">の 支給申請・受領 に関する権限を委任します。</p>		