

委任状

令和 年 月 日

桜井市長様

委任者

住所

氏名

生年月日 大正 昭和 平成 年 月 日

電話番号 — —

私は、下記の者を代理人と定め、次の事項の権限を委任します。

(↓ 委任する事項にチェック してください)

- 国民健康保険の資格異動(加入・脱退・変更)の届出に関する事
- 国民健康保険証・高齢受給者証の受領に関する事
- 国民健康保険証・高齢受給者証の再交付に関する事
- 国民健康保険税の納付に関する事
- 国民健康保険税の納付相談・短期保険証の更新に関する事
- 限度額適用認定証等の交付申請・受領に関する事
- 療養費・高額療養費の申請に関する事
- 療養費・高額療養費の受領に関する事
- 国民健康保険に関する一切の権限
- その他(内容:)

代理人

住所

氏名

電話番号 — —

委任者との続柄

※ 委任状は委任者本人が記入してください。

※ 代理人は窓口にて本人確認書類(運転免許証等)をご提示ください。