

委任状

(代理人) ※頼まれる人

住 所 _____

氏 名 _____

生 年 月 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

連 絡 先 _____ ※日中連絡が取れる電話番号

私は上記の者を代理人と定め、下記に関する一切の権限を委任します。

※下記のいずれかの項目に○をつけてください。

- ・ 国民健康保険資格取得及び喪失届
- ・ 被保険者証（資格確認書及び資格情報通知書）の交付
- ・ 被保険者証（資格確認書及び資格情報通知書）の再発行申請及び交付
- ・ 療養費
- ・ 高額療養費
- ・ 葬祭費
- ・ 出産育児一時金
- ・ 限度額適用認定証
- ・ マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請
- ・ その他（ _____ ）

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(本人) ※頼む人

住 所 _____

氏 名 _____

生 年 月 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

連 絡 先 _____ ※日中連絡が取れる電話番号

印 西 市 長 宛

※委任状は、すべて本人（頼む人）が記入してください