

# 委任状

令和 年 月 日

矢巾町長 様

本人（委任をする方）記入欄

|       |                      |
|-------|----------------------|
| 保険証番号 |                      |
| 住 所   | 紫波郡矢巾町.....<br>..... |
| 氏 名   | 印                    |
| 電話番号  | — —                  |
| 生年月日  | 明治・大正・昭和・平成 年 月 日    |

私は、下記の者を代理人と定め、国民健康保険にかかる次の権限を委任します。  
(該当するものに○をしてください。)

## 1 資格に関する

|                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 国民健康保険の諸届出（加入・脱退・変更等） |
|--------------------------|-----------------------|

に関する権限を委任します。

|                          |                 |                          |             |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | 限度額適用・標準負担額減額認定 | <input type="checkbox"/> | 特定疾病療養受療証交付 |
| <input type="checkbox"/> | 被保険者証等交付・再交付    | <input type="checkbox"/> | その他（ ）      |

の 申請 ・ 受領 に関する権限を委任します。

## 2 給付に関する

|                          |        |
|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | 療養費（ ） |
| <input type="checkbox"/> | その他（ ） |

の 支給申請 ・ 受領 に関する権限を委任します。

代理人（委任をされる方）記入欄

|     |  |             |     |
|-----|--|-------------|-----|
| 住 所 |  | 電話番号        | — — |
| 氏 名 |  | 本人との<br>関 係 |     |

※ 代理人の方は、本人確認書類（運転免許証、個人番号（マイナンバー）カード等）をご提示ください。