

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.....
氏 名	
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

	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。

	限度額適用・標準負担額減額認定		特定疾病療養受療証交付
	被保険者証等交付・再交付		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

	療養費（ ）
	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 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。