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 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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。