

## 委任状

(小川町国民健康保険用)

★注意：太枠内をすべて委任者をご自分で記入してください。

令和 年 月 日

代理人 (たのまれる人) ※役場に来る人	住所	
	氏名	※運転免許証など顔写真付き 本人確認書類が必要です

私は上記の者を代理人と定め、国民健康保険に関する下記事項の権限を委任します。

## 記

手続きの種類	〇印を付けてください	委任事項
受取		被保険者証または資格証明書の受領
交付申請		限度額適用（標準負担額減額）認定証の交付申請及び受領
		特定疾病療養受療証の交付申請及び受領
再交付申請 ※紛失時など		被保険者証または資格証明書の再交付申請及び受領
		高齢受給者証再交付申請及び受領
		限度額適用（標準負担額減額）認定証再交付申請及び受領
届出		特定疾病療養受療証再交付申請及び受領
		資格取得の届出及び被保険者証等の受領
その他		資格喪失の届出
		具体的にご記入ください

委任者 (たのむ人)	住所	
	氏名	Ⓜ
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	電話番号	— —