

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が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	○印を付けてください	委 任 事 項
受 取		資格確認書または資格情報のお知らせの受領
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		資格確認書または資格情報のお知らせの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
		特定疾病療養受療証再交付申請及び受領
届 出		資格取得の届出及び資格確認書等の受領
		資格喪失の届出
その他		具体的にご記入ください

委 任 者 (たのむ人)	住 所		
	氏 名	(印)	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日
	電話番号	—	—