

委任状

代理人（委任を受けた者）

住所	〒		
	電話番号（ ）		
氏名		生年月日	年 月 日

私は、上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. 資格取得・喪失に関する一切の手続き
2. 資格確認書等の交付申請および受領に関する一切の手続き
3. 給付に関する申請及び受領

① 高額療養費 ② 高額介護合算療養費 ③ 療養費

④ 入院時食事療養費 ⑤ 特別療養費

⑥ 葬祭費（被保険者氏名 ）

⑦ その他（ ）

4. マイナ保険証利用登録解除申請に関する一切の手続き

5. その他（ ）

年 月 日

日野町長 様

委任者

住 所

氏 名

印

生年月日

電話番号

（ ）