

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. 被保険者証等の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 療養費
 - ③ 高額医療・高額介護合算療養費
 - ④ 高額療養費特別支給金
 - ⑤ その他 ()
 - ⑥ 葬祭費 (被保険者氏名)
4. 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

()