

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

()