

# 委任状

年 月 日

(提出先) 五所川原市長

私(委任者)は、\_\_\_\_\_を代理人と定め、国民健康保険に係る次の権限を委任する。

- |  |   |   |   |                                   |
|--|---|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高額療養費         | } | の | { | <input type="checkbox"/> 申請に関する事。 |
| <input type="checkbox"/> 療養費           |   |   |   | <input type="checkbox"/> 受領に関する事。 |
| <input type="checkbox"/> 葬祭費           |   |   |   |                                   |
| <input type="checkbox"/> 出産育児一時金       |   |   |   |                                   |
| <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |   |   |   |                                   |

委任者(世帯主、被保険者又は葬祭費における葬祭の執行者)

住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
生年月日 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 月 日

代理人

住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
生年月日 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
続 柄 (委任者からみた間柄) \_\_\_\_\_  
連 絡 先 \_\_\_\_\_

※ 本人確認書類等の提示が必要です。また、個人番号の記載を要する手続の場合は、個人番号が記載された書類の提示が必要です。