

委任状

私は、住所 代理人の住所

氏名 代理人の氏名 (続柄) に加東市国民健康保険に関する下記手続きについての権限を委任します。

令和 年 月 日

委任者（世帯主）住所 必要な方の住所

氏名 必要な方の氏名 印

電話 必要な方の電話番号

該当する番号
に○を入れて
ください

委任する事項

- 1 国民健康保険異動届
- 2 資格確認書等の交付申請及び受取
- 3 高額療養費・療養費等の支給申請
- 4 高額療養費・療養費等の受領
- 5 限度額適用・標準負担額減額認定証等の申請及び受取
- 6 国民健康保険税又は他の市税の納付相談に関すること
- 7 マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請に関すること
- 8 その他 ()

※ 本人確認のため、身分を証明するマイナンバーカード、運転免許証などをご提示ください。