

委任状

私は、住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____)

電話 _____ 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 _____

氏名 _____ 印

電話 _____

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。