

委任状

私は、住所 代理人の住所

氏名 代理人の氏名 (続柄)

電話 代理人の電話番号 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 (提出日)

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 被保険者証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。