委　任　状

※必ず委任する人が全部書いてください。

|  |  |
| --- | --- |
| **手続きを頼まれた人** | |
| 代理人住所 |  |
| 代理人氏名 |  |
| 代理人生年月日 |  |

上記の者を代理人とし、国民健康保険に関する下記の権限を委任します。

１． 国民健康保険加入若しくは喪失に関する権限

２． 資格確認書等の交付若しくは再交付に関する権限

３． 限度額認定証・標準負担減額認定証交付若しくは再交付に関する権限

４． 保険給付等の支給手続きに関する権限

５． 各種書類送付先変更に関する権限

６． マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書に関する権限

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **手続きを頼む人** | |
| 委任者住所 |  |
| 委任者氏名 |  |
| 委任者生年月日 |  |
| 委任者電話番号 |  |