

国民健康保険に関する委任状

大田市長 様

私は、次の者を代理人と定め、国民健康保険に関する以下の行為についての権限を委任します。

年 月 日

委任者（申請者）

住所	
氏名	印
生年月日	年 月 日
療養を受けた被保険者	申請者本人・（ ）

受任者

住所	
氏名	
生年月日	年 月 日
委任者との関係	
連絡先電話番号	（ ） ー

行為内容（該当するものに、○をしてください）

- 1 高額療養費の受領に関する事
- 2 療養費（標準負担額差額、移送費含む）の受領に関する事
- 3 高額介護合算療養費の受領に関する事
- 4 その他（ ）の申請に関する事
- 5 その他（ ）の受領に関する事

☐ この委任状により委任された行為に係る送付文書等の送付先を上記の受任者の住所に送付することに同意します

〔市町村使用欄〕

確認書類	マイナンバーカード・運転免許証・その他（ ）
------	-----------------------------