

## 委任状

令和 年 月 日

(宛先) かほく市長

すべて委任者本人が記入・押印の上、受任者にお渡してください

委任者  (世帯主)	住所	
	氏名	⑩
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
	電話番号	

下記の者を代理人とし、かほく市国民健康保険の手続きに関する権限を委任します。

〈委任事項〉(委任する項目にを入れてください。)

- 国民健康保険資格取得・喪失の手続き及び被保険者証等の受領について
- 被保険者証等の再交付申請及び受領について
- 限度額適用・標準負担額減額認定証の申請及び受領について
- 特定疾病療養受療証の申請及び受領について
- 給付費の受領に関する権限
- 高額療養費  高額介護合算療養費  療養費  出産育児一時金  葬祭費
- 食事療養標準負担額減額差額支給  その他 ( )
- その他 \_\_\_\_\_ に関する権限

受任者  (代理人)	住所	
	氏名	
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
	電話番号	
	委任者との続柄	

※受任者の方はこの委任状と併せて本人確認書類（マイナンバーカード・運転免許証等）をご持参ください。窓口で本人確認を行います。

※白紙の委任状（受任者、委任内容が不明のもの）はお受けできません。

職員確認欄	確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	------	--