委　任　状

令和　　年　　月　　日

大船渡市長　様

委任者

　　　　　住　　所　　大船渡市

　　　　　氏　　名

　　　　　生年月日　　（昭和・平成・令和）　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　電話番号　　　　　　　　　―　　　　　　　　―

私は、下記の者を代理人と定め、国民健康保険に関する次の届出等について一切の権限を委任します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 療養費等（※）の申請 |  | 資格取得喪失・変更に係る届出 |
|  | 療養費等の受領 |  | 施設入所・修学等市外転出に係る届出 |
|  | 葬祭費の申請 |  | 再交付に係る申請 |
|  | 出産育児一時金の申請 |  | 限度額認定証等に係る申請 |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

　※　療養費、高額療養費または標準負担額差額

　　　代理人

住　　所　　大船渡市

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　）

生年月日　　（昭和・平成・令和）　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　電話番号　　　　　　　　　―　　　　　　　　―

････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････

* 委任者の本人確認書類をご持参ください。

|  |
| --- |
| 本人確認　　済・未　　　1点確認：　　　　　　　2点確認：　　　　　　　　受付 |