委　任　状

令和　　年　　月　　日

大船渡市長　渕上　清　様

委任者

　　　　　住　　所　　大船渡市

　　　　　氏　　名

　　　　　生年月日　　（昭和・平成）　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　電話番号　　　　　　　　―　　　　　　―

　　　　　　個人番号

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 資格取得喪失・変更に係る届出 |  | 療養費の受領 |
|  | 施設入所・修学等市外転出に係る届出 |  | 高額療養費・高額介護合算療養費の受領 |
|  | 再交付に係る申請 |  | 入院時食事療養費の受領 |
|  | 限度額認定証等に係る申請 |  | その他（　　　　　　　　　　　　） |
|  | 高額療養費に係る申請 |  |  |

　　　代理人

住　　所

氏　　名

生年月日　　（昭和・平成）　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　電話番号　　　　　　　　―　　　　　　―

個人番号

　　　　　　続　　柄

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

* 委任者のマイナンバーを証明する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 |