

委 任 状

代理人	住 所				
	氏 名				
	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日

私は、上記の者に次の（届出・申請・受領）に関する権限を委任します。

- ☐国民健康保険の加入・脱退
- ☐国民健康保険被保険者証または資格確認書、資格情報のお知らせの再交付
- ☐高額療養費・食事差額及び療養費の申請
- ☐限度額適用・標準負担額減額認定証の申請・再交付
- ☐その他（ ）

令和 年 月 日

委任者	住 所				
	氏 名				
	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日

注）この委任状は、必ず本人（委任者）が自署または押印してください。

※免・パ・マ	保・年・介・（ ）
--------	-----------