

委任状

令和 年 月 日

委任者

住 所

氏 名

生年月日 昭・平・令 年 月 日

電話番号

私は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

- 委任事項 国民健康保険に関する手続き
- 葬祭費・療養費・高額療養費の受領
- 限度額適用・標準負担額減額認定証の申請
- その他（ ）

代理人

住 所

氏 名

生年月日 昭・平・令 年 月 日

※委任状は、委任者が必ず自分で記入してください。