

委任状

令和 年 月 日

滝川市長 様

私は、国民健康保険における手続きについて、下記のとおり委任します。

委任者 (世帯主)	住 所				
	氏 名	⑤	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日
	電話番号	() —			

【委任事項】 ※委任する項目に☑をつけてください。

☐ 国民健康保険の異動（加入・喪失）手続き及び資格確認書または資格情報のお知らせの受領

☐ 国民健康保険資格確認書または資格情報のお知らせの再交付申請及び受領

☐ 国民健康保険限度額適用（標準負担額減額）認定証の申請及び受領

☐ 特定疾病療養受療証の申請及び受領

☐ その他 ()

受任者 (窓口に来られる方)	住 所				
	氏 名		生 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日
	電話番号	() —			
	委任者との関係	親 族（続柄 ） その他 ()			

※委任者の氏名は、必ず委任者本人が自筆で署名・押印してください。
※委任状は原本をお持ちください。
※鉛筆や消える筆記具を使用したものや、内容に不備があるものは受付できません。
※受任者の方は本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証など）をお持ちください。