

委任状

令和 年 月 日

浦添市長 殿

委任者（請求人）（被保険者番号： ）（電話番号： ）

委任者	住所			
	氏名	生年 月 日	大・昭・平・令・西暦 年 月 日	
委任事項	■委任する権限にチェック（ ☒ ）をしてください。 ☐ 下記の国民健康保険に関する権限すべて ☐ 国民健康保険税相談等について ☐ 資格の取得・喪失・変更等、被保険者証等について ☐ 限度額認定（適用）証・特定疾病療養受療証等について ☐ 高額療養費・高額介護合算療養費・外来年間合算等について ☐ 療養費（食事・負担割合差額、特別療養費、補装具）等について ☐ 出産育児一時金、葬祭費等について ☐ 各種証明書等について ☐ その他（ ）			
	■委任する権限の行為にチェック（ ☒ ）をしてください。 ☐ 下記の国民健康保険に関する行為すべて ☐ 申請に関すること ☐ 受領に関すること			
	■委任する期間のどちらかにチェック（ ☒ ）をしてください。 ☐ 委任状を提出した年度の末日まで ☐ 委任状を提出した1回のみ ※チェックがない場合、「委任状を提出した1回のみ」として扱います。			

私は、下記の者を代理人と定め、上記の件を委任します。

代理人（委任者との続柄： ）（電話番号： ）

代理人	住所			
	氏名	生年 月 日	大・昭・平・令・西暦 年 月 日	

※この委任状は、すべて委任者本人が直筆で記入してください。

（注）代理人は、この委任状のほかに本人確認ができる書類等の提示が必要となります。

（個人番号カード、運転免許証等の公的機関が発行したもので顔写真付のもの）

（注）委任状は記入してから3か月以内に提出してください。

※委任者本人が記入できず、代筆する場合（代筆者は代理人以外の第三者）

代筆者（委任者との続柄： ）（電話番号： ）

代筆者	住所			
	氏名	生年 月 日	大・昭・平・令・西暦 年 月 日	
	代筆理由			