

委任状

令和 年 月 日

浦添市長 殿

委任者（請求人）（記号・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（ <input checked="" type="checkbox"/> ）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、資格確認書等について □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（ ） | | | |
| 委任期間 | ■委任する権限の行為にチェック（ <input checked="" type="checkbox"/> ）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 | | | |
| 委任期間 | ■委任する期間のどちらかにチェック（ <input checked="" type="checkbox"/> ）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 | | | |

※記入例

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 | 沖縄県 浦添市 安波茶1-1-1 | | |
| | 氏名 | 浦添 太郎 <small>（※世帯主の氏名を記入）</small> | 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（ <input checked="" type="checkbox"/> ）をしてください。 | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 下記の国民健康保険に関する権限すべて <input type="checkbox"/> 国民健康保険税相談等について <input type="checkbox"/> 資格の取得・喪失・変更、被保険者資格喪失等について <input type="checkbox"/> 限度額認定（適用）証・特定疾病認定等について <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 療養費（食事・負担割合差額、特別療養費、補装具）等について <input type="checkbox"/> 出産育児一時金、葬祭費等について <input type="checkbox"/> 各種証明書等について <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| 委任事項 | ■委任する権限の行為にチェック（ <input checked="" type="checkbox"/> ）をしてください。 | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 下記の国民健康保険に関する行為すべて <input type="checkbox"/> 申請に関すること <input type="checkbox"/> 受領に関すること | | | |
| 委任期間 | ■委任する期間のどちらかにチェック（ <input checked="" type="checkbox"/> ）をしてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 委任状を提出した年度の末日まで <input type="checkbox"/> 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。 | | | |

権限すべて、行為すべてを委任する場合は、こちらをチェック

権限すべて、行為すべてを委任しない場合は、委任する項目だけにチェック

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 | 沖縄県 浦添市 安波茶○-×-△ | | |
| | 氏名 | 浦添 国保 | 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。

成年被後見人・知的障害・認知症等で委任の意思確認が困難な方については、成年被後見人登記事項証明書・療育手帳・医師診断書等を委任状の代わりとすることができます。※身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・介護保険証は委任状の代わりにはすることはできません。

示が必要となります。
（顔写真付のもの）

※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 | 沖縄県 浦添市 安波茶○-△-× | | |
| | 氏名 | 浦添 花子 | 生年月日 | 大・昭 平 ・令・西暦 △年 △月 △日 |
| | 代筆理由 | 病気で書けないため | | |