

国民健康保険に係る委任状

令和 年 月 日

【委任者】

住 所 _____

氏 名(自署) _____

生年月日 昭・平・令 年 月 日 _____

電話番号 _____

私は、次の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

【代理人】

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 昭・平・令 年 月 日 _____

電話番号 _____

委任者との続柄 _____

記

委任する申請又は届出(該当するものに☑)

- 国民健康保険資格に係る申請及び届出に関する件
- 国民健康保険給付に係る申請及び届出に関する件
- 国民健康保険マイナンバーカード利用登録の解除に係る申請
- その他

※代理人が申請又は届出される場合は、下記のものをご持参ください。

- ・顔写真付きの本人確認ができるもの(運転免許証、マイナンバーカード等)
- ・入所施設職員であれば写真付きの職員証等