

委任状

龍ヶ崎市長 様

国民健康保険に係る下記の権限を代理人_____に委任します。

【代理人連絡先】電話番号：_____

また、国民健康保険税に係る一切の権限についても、代理人に委任します。

※ 委任する項目に してください。

記

- 国民健康保険の資格取得及び喪失の申請（手続き）
- 国民健康保険資格確認書、または資格情報のお知らせの交付・再交付
- 限度額適用（・標準負担額減額）認定証の交付申請
- 特定疾病療養受療証の交付申請
- 高額療養費の給付受領（口座受取り）
- 療養費の給付受領（口座受取り）
- 産前産後期間に係る国民健康保険税軽減の届出
- マイナ保険証登録解除の申請
- その他（具体的に記載してください。）

年 月 日

委任者（世帯主）

住 所 _____

氏 名 _____ (印) ※スタンプ印不可

電 話 番 号 _____

以上

【保険年金課記入欄】

被保険者番号：_____

宛 名：_____