

# 国民健康保険に関する委任状

令和 年 月 日

邑南町長 様

私は、次の者を代理人と定め、国民健康保険に係る下記の行為についての権限を委任します。

委任者 (頼んだ人)	住 所	
	氏 名	⑩
	生年月日	年 月 日
	被保険者との関係	1. 世帯主 2. 本人 3. その他 ( )
	連絡先電話番号	( ) ー

代理人 (窓口に来る人)	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	委任者との関係	
	連絡先電話番号	( ) ー

行為内容	※委任する番号に○をつけ、カッコ ( ) 内に届出・申請の対象者を全員記入してください。	
	1	国民健康保険の加入手続き (届出者氏名 )
	2	国民健康保険の脱退手続き (届出者氏名 )
	3	資格確認書・資格情報のお知らせの再交付申請 (申請者氏名 )
	4	マイナ保険証の利用登録解除申請 (申請者氏名 )
	5	限度額認定証等の交付申請 (申請者氏名 )
	6	限度額認定証等の再交付申請 (申請者氏名 )
	7	その他 _____ の申請 (申請者氏名 )
	8	その他 _____ の受領 (対象者氏名 )
	9	その他 _____ に関すること (対象者氏名 )

◆この委任状は委任する方が全て自筆・押印してください。

◆窓口に来られる人は本人確認のできる顔写真付きの身分証明書等の提示をお願いします。

※邑南町役場・国民健康保険係の記入欄

公簿 確認		確認 書類	運転免許証・マイナカード ( )	備考	
----------	--	----------	---------------------	----	--