委任状

龍ケ崎市長　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 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　※スタンプ印不可

　　電話番号

以上

被保険者番号：

宛名：

【保険年金課記入欄】