委　任　状

年　　　月　　　日

大　竹　市　長　様

私は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

大竹市国民健康保険に係る次の手続き（該当するものにチェックを入れてください。）

* 国民健康保険にかかる届出及び申請
* 資格確認書又は資格情報のお知らせの受領
* 限度額認定証等の受領
* 特定疾病受療証の受領
* 高額療養費の受領
* 療養費の受領（海外療養費，移送費含む）
* 葬祭費の受領
* 出産育児一時金の受領
* その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

委任者の住所・名前（原則、世帯主。葬祭費の場合は、葬祭執行者）

住　所

名　前

代理人の住所

住　所

名　前