

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 _____