委　　任　　状

（国保資格用）

庄　原　市　長　　様

**●代理人（窓口に来る方）**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　－ |

　※代理人の方は、本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）をお持ちください。

**●委任者**

　私は、上記の者を代理人と認め、国民健康保険に係る下記の手続きの権限を委任します。

|  |  |
| --- | --- |
| 記 入 日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 被保険者記号・番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | （枝番） |  |
| 氏　　名 | 　 |
| 住　　所 | 〒　　　　－電話番号（　　　　　）　　　　　－　　　　　 |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　　　年　　　　月　　　　日 |

**●委任する項目全てに☑チェックをしてください。**

□　資格取得届出　及び　資格確認書　又は　資格情報のお知らせ　受領

□　資格確認書交付申請　又は　再交付申請　及び　資格確認書　受領

□　資格喪失届出

□　資格情報のお知らせ再交付申請　及び　受領

□　限度額適用・標準負担額減額認定証　交付申請　又は　再交付申請　及び　受領

□　特定疾病療養受療証交付申請　又は　再交付申請　及び受領

□　マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請　及び　資格確認書　受領

□　国民健康保険送付先変更届