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 |
| 被保険者証  の記号番号 |  |
| 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☑チェック及び○をしてください。**

　□　被保険者証（兼高齢受給者証）　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・再交付）申請及び受領

　□　特定疾病療養受療証　（交付・再交付）申請及び受領

　□　国民健康保険被保険者証等送付先変更届