代理人　　住所

氏名

私は、上記の者を代理人と定め、下記のとおり委任いたします。

記

委任事項（該当項目に☑をしてください）

□　国民健康保険加入・脱退の手続きに関すること

□　保険証再交付の申請および受領に関すること

□　限度額適用認定証、標準負担額減額認定証、

限度額適用・標準負担額減額認定証の申請および受領に関すること

□　高額療養費、療養費、葬祭費、出産育児一時金、その他（　　　　　）

給付の支給（　**□　申請　・　□　受領**　）に関すること

□　国民健康保険税に関する一切のこと

□　マル福に関すること

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

令和　　　年　　　　月　　　　日

委任者　　住所

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　　月　　 日