

国民健康保険の手続きに関する
委任状

那賀町長殿

年 月 日

委任者（原則として世帯主）

住 所

氏 名

印

生年月日

年

月

日

電話番号(携帯電話)

世帯員氏名

①

④

②

⑤

③

⑥

私は次の者を代理人と定め、私(委任者)及び上記の世帯員の、国民健康保険に関する手続き及び国民健康保険被保険者証等の受け取りを委任します。

代理人(世帯員以外)

住 所

氏 名

生年月日

年

月

日

電話番号(携帯電話)

世帯主との続柄

委任の理由

該当する手続きに☑をつけてください。

- | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | 被保険者証及び高齢受給者証等の交付、再交付の申請・受け取り | <input type="checkbox"/> | 国民健康保険資格喪失の届出 |
| <input type="checkbox"/> | 国民健康保険資格取得の届出 | <input type="checkbox"/> | 国民健康保険資格喪失の届出 |
| <input type="checkbox"/> | 住所、氏名、世帯主変更届 | <input type="checkbox"/> | 住所地特例に係る届出 |
| <input type="checkbox"/> | 限度額適用認定、限度額適用・標準負担額減額認定の申請 | | |
| <input type="checkbox"/> | 高額療養費支給申請 | <input type="checkbox"/> | 療養費支給申請 |
| <input type="checkbox"/> | 葬祭費支給申請 | <input type="checkbox"/> | 過誤納金還付請求 |

※ 町 処 理 欄	受付印	代理人確認書類			事務処理経過
		確認		処理	
		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他			
		確認		処理	