

委 任 状

年 月 日

岡 谷 市 長 殿

委任者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

連絡先 _____

次の者を代理人と定め、国民健康保険に関する以下の申請等を委任します。

【世帯主申請】

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 療養費支給申請 | <input type="checkbox"/> 高額療養費支給申請 |
| <input type="checkbox"/> 人間ドック助成に関する手続き | <input type="checkbox"/> 標準負担額差額支給申請 |

【本人申請】

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 国民健康保険加入手続き | <input type="checkbox"/> 国民健康保険資格喪失手続き |
| <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定申請 | <input type="checkbox"/> 葬祭費支給申請 |
| <input type="checkbox"/> 資格確認書交付申請・再交付申請 | |
| <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ再発行申請 | |
| <input type="checkbox"/> マイソーバーカードの健康保険証利用登録の解除申請 | |
| <input type="checkbox"/> 基準収入額による判定に係る申請 | <input type="checkbox"/> 特定疾病認定申請 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

代理人 (受任者) 住 所 _____

氏 名 _____

連絡先 _____

委任者との続柄 _____