

# 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"/> マイナン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 \_\_\_\_\_