

※委任状はすべて委任者（頼む人）が署名または記名・押印してください。
(スタンプ印不可)
ただし、3の手続き（代理受領）については必ず委任者の押印が必要です。

委 任 状

会津若松市長

世帯主 (委任者)	住 所	会津若松市
	氏 名	印

私は、_____ のために自分で手続きができないので、下記の者を代理人と定めて、次の事項を委任します。

代理人 (受任者)	住 所	
	氏 名	
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
	電話番号	

【委任事項】

1 次の該当番号を○で囲んだ届出・申請にすること。(押印省略可)

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1 国民健康保険資格取得・喪失の届出 | 6 国民健康保険特定疾病認定の申請 |
| 2 国民健康保険資格確認書交付・再交付等の申請 | 7 国民健康保険高額療養費の支給申請 |
| 3 国民健康保険資格情報のお知らせ再交付の申請 | 8 国民健康保険療養費の支給申請 |
| 4 国民健康保険高齢受給者証再交付等の申請 | 9 マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請 |
| 5 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定の申請 | |

2 次の該当番号を○で囲んだ証の受領にすること。(押印省略可)

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 1 国民健康保険資格確認書 | 4 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証 |
| 2 国民健康保険資格情報のお知らせ | 5 国民健康保険特定疾病療養受領証 |
| 3 国民健康保険高齢受給者証 | |

3 次の該当番号を○で囲んだ給付の受領にすること。押印必須

- | |
|---------------|
| 1 国民健康保険高額療養費 |
| 2 国民健康保険療養費 |

4 その他

--

※委任状はすべて委任者(頼む人)が直筆で記入してください。

※委任状はすべて委任者(頼む人)が署名または記名・押印してください
(スタンプ印不可)
ただし、3の手続き(代理受領)については必ず委任者の押印が必要です

委任状

会津若松市長

世帯主 (委任者)	住 所	会津若松市 東栄町3番46号
	氏 名	若松 太郎 印

私は、_____のために自分で手続きができないので、下記の者を代理人と定めて、次の事項を委任します。

代理人 (受任者)	住 所	
	氏 名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	電話番号	

【委任事項】

1 次の該当番号を○で囲んだ届出・申請に関すること。(押印省略可)

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1 国民健康保険資格取得・喪失の届出 | 6 国民健康保険特定疾病認定の申請 |
| 2 国民健康保険資格確認書交付・再交付等の申請 | 7 国民健康保険高額療養費の支給申請 |
| 3 国民健康保険資格情報のお知らせ再交付の申請 | 8 国民健康保険療養費の支給申請 |
| 4 国民健康保険高齢受給者証再交付等の申請 | 9 マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請 |
| 5 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定の申請 | |

2 次の該当番号を○で囲んだ証の受領に関すること。(押印省略可)

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 1 国民健康保険資格確認書 | 4 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証 |
| 2 国民健康保険資格情報のお知らせ | 5 国民健康保険特定疾病療養受領証 |
| 3 国民健康保険高齢受給者証 | |

3 次の該当番号を○で囲んだ給付の受領に関すること。押印必須

- | |
|---------------|
| 1 国民健康保険高額療養費 |
| 2 国民健康保険療養費 |

4 その他

--