

# 委任状

年 月 日

(あて先) 松本市長

申請者(世帯主) 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。

- |  |   |
|--|---|
| <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の手続き |
| <input type="checkbox"/> 国民健康保険証再交付申請      | <input type="checkbox"/> 高齢受給者証再交付申請    |
| <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定申請 | <input type="checkbox"/> 標準負担額差額支給申請    |
| <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"/> 療養費支給申請           | <input type="checkbox"/> 高額療養費支給申請      |
| <input type="checkbox"/> その他 _____         |   |

代理人(受任者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

---

受 任 者 の 確 認	免許証・個人番号カード・その他( _____ )
----------------	--------------------------

※ 職員記入欄(申請書に記入欄がある場合、申請書確認欄に記載)