

# 委任状

阿賀町長 様

令和 年 月 日

代理人 窓口に来られる方	住所	〒		
	氏名			委任者との関係
	生年月日	昭・平 令・	年 月 日	電話番号 ( )

私は、上記の者を代理人と定め、国民健康保険に関する下記の事項を委任します。

委任事項	<input type="checkbox"/> 資格の取得・喪失に係る手続き <input type="checkbox"/> 被保険者証の受領 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証の申請・受領に係る手続き <input type="checkbox"/> 特定疾病認定申請・受領に関する手続き <input type="checkbox"/> 給付申請に係る手続き（療養費・高額療養費・葬祭費・出産育児一時金等） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
委任者	住所	〒		
	氏名	印		
	生年月日	昭・平 令・	年 月 日	電話番号 ( )

※1. 同一世帯の方がお手続きに来られる場合は、委任状は必要ありません。

※2. 代理人の方は、必ず本人確認のできる書類をお持ちください。

窓口に来た人の 本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）
-----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------