

(記号番号： —)

委 任 状

令和 年 月 日

(宛先) 金沢市長

申請者（委任者） 住所 _____
氏名 _____
 (署名又は記名押印)
電話番号（ ） —

国民健康保険にかかる次の申請について下記の者を代理人と定め、

[申請手続き ／ 受領] に関する権限を委任します。

(□に✓をご記入ください。)

(給付に関すること)	(資格に関すること)
<input type="checkbox"/> 出産育児一時金	<input type="checkbox"/> 資格取得
<input type="checkbox"/> 療養費	<input type="checkbox"/> 被保険者証等再交付
<input type="checkbox"/> 高額療養費	<input type="checkbox"/> 保険料申告書（簡易申告書）
<input type="checkbox"/> 高額介護合算療養費	<input type="checkbox"/> 送付先変更・変更中止
<input type="checkbox"/> 限度額適用認定	<input type="checkbox"/> 修学中の被保険者の特例（マル学）
<input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定	<input type="checkbox"/> 住所地特例
<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定	
<input type="checkbox"/> 特定疾病認定	

代理人（受任者） 住所 _____
氏名 _____
委任者との続柄 _____
電話番号（ ） —