

# 委任状

四国中央市長 様

令和 年 月 日

代理人(来庁される方)

氏名		委任者との関係	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		
住所			

私は、上記の者を代理人と定め、以下の内容を委任します。

委任者

氏名	<p style="text-align: center;">印</p> <p style="text-align: center;">(委任者本人が自署の場合は押印不要)</p>	連絡先	TEL ( ) -
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		
住所			
委任する 内容  ( 該当項目にチェック を付けてください )	( 手続に関すること )		
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険の加入・喪失・変更手続 <input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証の再交付手続 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証の交付手続 <input type="checkbox"/> 高額療養費、高額介護合算療養費の支給申請手続 <input type="checkbox"/> 食事療養費標準負担額差額支給申請手続 <input type="checkbox"/> 療養費の支給申請手続 <input type="checkbox"/> 葬祭費の支給申請手続 <input type="checkbox"/> 出産育児一時金の支給申請手続 <input type="checkbox"/> 国民健康保険料の納付にかかる手続		
	( 受領に関すること )		
	<input type="checkbox"/> 各種証の受領 <input type="checkbox"/> 高額療養費、高額介護合算療養費の受領 <input type="checkbox"/> 食事療養費標準負担差額の受領 <input type="checkbox"/> 療養費の受領 <input type="checkbox"/> 葬祭費の受領 ※委任者が葬祭執行者であることを証明できるものを添付 <input type="checkbox"/> 出産育児一時金の受領 <input type="checkbox"/> その他( )		