

全て委任する人が記入してください。

委 任 状

令和 年 月 日

西脇市長 様

私（委任する人）は、

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

電話番号 () _____

下記の者を代理人として、私及び世帯員の国民健康保険に関する次の権限（該当する番号に○）を委任します。

代理人	住所			
	氏名	生年 月日	大・昭・平 年 月 日	

【委任事項】

- 国民健康保険の被保険者資格に係る届出に関すること
- 証明書等の交付・再交付に関すること
国民健康保険資格確認書 資格情報のお知らせ 特定疾病療養受療証
国民健康保険限度額適用認定証・標準負担額減額認定証
その他 ()
- 国民健康保険に係る保険給付に関する申請等に関すること
高額療養費の支給申請 療養費の支給申請
その他 ()
- マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除に関すること
- その他（内容： _____)

※ 代理人は顔写真付きの本人確認書類（例：運転免許証、パスポート、マイナンバーカードなど）をお持ちください。（顔写真付きの本人確認書類がない場合は、保険医療課保険担当にご相談ください。）