

# 委任状

令和 年 月 日

久米南町長 殿

私は、下記代理人に次の権限を委任します。

国民健康保険に係る下記の届出・申請・受領に関すること。

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 資格取得の届出                               | <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定に関する申請 |
| <input type="checkbox"/> 資格喪失の届出                               | <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証再交付申請 |
| <input type="checkbox"/> 就学中の者に関する届出                           | <input type="checkbox"/> 入院時食事・生活療養費の差額支給申請    |
| <input type="checkbox"/> 病院等に入院、入所又は入居中の者に関する届出                | <input type="checkbox"/> 療養費支給申請               |
| <input type="checkbox"/> 障害者支援施設等に入所又は<br>入院中の者に関する届出（介護保険非該当） | <input type="checkbox"/> 療養費の受領                |
| <input type="checkbox"/> 原爆一般疾病医療費の支給等に関する届出                   | <input type="checkbox"/> 特別療養費支給申請             |
| <input type="checkbox"/> 被保険者証・資格者証の再交付の申請                     | <input type="checkbox"/> 高額療養費支給申請             |
| <input type="checkbox"/> 高齢受給者証の再交付の申請                         | <input type="checkbox"/> 高額療養費の受領              |
| <input type="checkbox"/> 氏名変更に関する届出                            | <input type="checkbox"/> 高額介護合算療養費支給・証明書交付申請   |
| <input type="checkbox"/> 世帯変更に関する届出                            | <input type="checkbox"/> 特別療養給付申請              |
| <input type="checkbox"/> 世帯主の住所変更に関する届出                        | <input type="checkbox"/> 第三者行為による被害の届出         |
| <input type="checkbox"/> 世帯主の変更に関する届出                          | <input type="checkbox"/> 一部負担金の減免または徴収猶予申請     |
| <input type="checkbox"/> 基準収入額による判定の申請                         | <input type="checkbox"/> 一部負担金の減免に係る差額の支給申請    |
| <input type="checkbox"/> 退職被保険者(被扶養者)該当届                       | <input type="checkbox"/> 出産育児一時金交付の請求          |
| <input type="checkbox"/> その他（                                  | <input type="checkbox"/> 葬祭費の支給申請              |
|  | ）  |

委任者(世帯主) ※葬祭費の支給申請の場合は葬祭を行った者

住 所

氏 名

印

代理人(受任者)

住 所

氏 名

委任者との続柄：配偶者・父母・子・その他（

本人確認（写真がないもの場合は2点以上）

- |                                  |                                |                                |                                  |
|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 個人番号カード | <input type="checkbox"/> 運転免許証 | <input type="checkbox"/> パスポート | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 |
| <input type="checkbox"/> 健康保険証   | <input type="checkbox"/> 介護保険証 | <input type="checkbox"/> 年金手帳  | <input type="checkbox"/> その他     |