

委 任 状

年 月 日

(あて先) 佐久市長

申請者 (世帯主) 住所 _____

氏名 _____ 印

連絡先 _____

次の者を代理人と定め、国民健康保険に関する以下の申請等を委任します。

☐ 国民健康保険加入手続き

☐ 国民健康保険資格喪失の手続き

☐ 国民健康保険 { 資格確認書兼高齢受給者証 交付・再交付
資格情報のお知らせ (資格情報通知書) 再通知 } 申請

☐ 限度額適用・標準負担額減額認定申請

☐ 標準負担額差額支給申請

☐ 基準収入額による判定に係る申請

☐ 特定疾病認定申請

☐ 療養費支給申請

☐ 高額療養費支給申請

☐ マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請

☐ その他 _____

代理人 (委任者) 住所 _____

氏名 _____

連絡先 _____

受任者の確認
※職員記入欄

免許証・個人番号カード・その他 ()