委 任 状

伊豆の国市長 宛

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代理人（窓口に来る方） | | | |
| 住　所 |  | | |
| 氏　名 |  | 委任者  との関係 |  |
| 電話番号 |  | | |

私は、上記の者を代理人と定め、以下の内容を委任します。

年 　　月 　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 委任者（依頼した方・世帯主または本人） | | | | |
| 住　所 |  | | | |
| 氏　名 | 印 | | 生年  月日 |  |
| 日中連絡のとれる電話番号 | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 委任事項　　（番号に〇をつけてください。） | 届出対象者 |
| １ 国民健康保険の加入（保険証の受取含む） |  |
| ２ 国民健康保険の脱退 |  |
| ３ 国民健康保険被保険者証・高齢受給者証の再交付申請・受取 |  |
| ４ 限度額適用（標準負担額減額）認定証の交付申請・受取  ※国民健康保険税に未納がある場合は、納付相談含む |  |
| ５ 特定疾病療養受療証の交付申請・受取 |  |
| ６　その他　　※具体的にご記入ください。 |  |