

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○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。	