

※全て委任者本人が自署し、代理人にお渡しください。
署名を行う場合は、押印は不要です。

委任状

年 月 日

代理人

フリガナ		ご本人との 続 柄	
氏 名		電話番号	
住 所			

私は、上の者を代理人と定め、国民健康保険・後期高齢者医療に関する次の権限を委任します。

※該当する欄に「○」を、そうでないものは「×」を記入してください。

	国民健康保険・後期高齢者医療保険資格取得・喪失の届出に関する事
	資格確認書・資格情報のお知らせの受領・再交付申請に関する事
	限度額適用・標準負担額減額認定証の申請・再交付申請及び受領に関する事
	特定疾病受領証の申請・再交付申請及び受領に関する事
	{特別療養費・高額療養費・療養費・移送費・入院時食事療養費・出産育児一時金・葬祭費、その他()}の申請に関する事。
	{特別療養費・高額療養費・療養費・移送費・入院時食事療養費・出産育児一時金・葬祭費、その他()}の受領に関する事。ただし、都城市長に対し、国民健康保険税相当額の受領を委任した場合は、当該額を差し引いた額の受領に限る。
	国民健康保険税・後期高齢者医療保険料の納付及び相談に関する事
	後期高齢者医療保険資格確認書の任意記載事項の併記に関する事
	送付先変更届出に関する事

委任者

住 所			
フリガナ		生年月日	
氏 名		電話番号	