

委任状

令和 年 月 日

北谷町長様

住所 _____

委任者(申請者) 氏名 _____ 印

連絡先 _____

令和 年 月 日 申請の

国民健康保険による

- 資格取得、喪失および異動
- 保険証等の再交付・受け取り
- 国民健康保険税 納税証明書
- 療養費 高額療養費
- 限度額適用認定証
- 高額介護合算療養費
- 特別療養費
- 出産育児一時金
- 葬祭費
- マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除
- その他()

の手續きについて、

下記の者を代理人と定め、その申請及び受領に関する権限を委任します。

代理人(受任者) 住所 _____

氏名 _____

申請者
との関係 _____

電話番号 _____