

# 委任状

代理人（委任を受けた者）

住所	〒		
	電話番号 ( )		
氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日

私は、上記の者を代理人と定め、高島市国民健康保険にかかる次の権限を委任します。  
(該当するものに○をしてください)

- 資格取得・喪失に関する一切の手続き
- 被保険者証・高齢受給者証の再交付申請および受領
- 限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請および受領
- 給付に関する申請及び受領
  - 高額療養費
  - 療養費
  - 高額医療・高額介護合算療養費
  - 高額療養費特別支給金
  - その他 ( )
  - 葬祭費 (被保険者氏名 )
- その他 ( )

年 月 日

高島市長 様

委任者

住 所

氏 名

生年月日 昭和・平成 年 月 日  
令和

電話番号 ( )