

委任状

令和 年 月 日

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号							
委 任 者 (世帯主)	住 所	赤穂市 (電話番号 - -)					
	氏 名	Ⓜ					
	生年月日	大・昭・平		年 月 日			

※下記の該当の□に✓をしてください。

下記の者を受任者とし、

- 赤穂市国民健康保険
- 被保険者資格の異動の届出
 - 限度額適用認定証等の申請
 - 高額療養費の受領
 - () の再交付申請
 - その他 (生活習慣病再検査等一部負担金助成の受領)

に関する権限を委任します。

受 任 者	住 所			
	氏 名		委任者との 続 柄	
	電話番号	- -		
	生年月日	大・昭・平		年 月 日

※ 受任者欄も含めて、すべて委任者本人がご記入ください。

※ 窓口に来られた方(受任者)の本人確認ができるものをご提示ください。