委　任　状

代理人（窓口に来る人）　住所

氏名

（生年月日　　年　　月　　日）

電話番号

私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。
（委任する事柄の番号に〇を付けてください）

１．　国民健康保険加入・脱退に係る手続き

２．　国民健康保険被保険者証等交付・再交付・申請・受領に係る手続き

３．　限度額適用・標準負担額減額認定証交付・再交付・申請・受領にかかる手続き

４．　下記の〇をつけたものの受領に関する一切の権限
・高額療養費　・療養費　・出産育児一時金　・葬祭費　・その他（　　）

５．　国民健康保険税還付金の受領に関する一切の権限
なお、税の滞納がある場合は充当されても異議ありません

６．　その他（　　）

（宛先）筑紫野市長　様

年　　月　　日

（世帯主）　住所

氏名（自筆で署名してください）

（生年月日　　年　　月　　日）

電話番号

※世帯主の本人確認できる書類（写しでも可）を添付すること。