

委任状

喜多方市長 様

委任者	住 所	_____		
	氏 名	_____ 印		
	生年月日	年	月	日生
	電話番号	()		
代理人 (受任者)	住 所	_____		
	氏 名	_____ 印		
	生年月日	年	月	日生
	電話番号	()		

私は、上記の代理人（受任者）に下記の権限を委任します。

記

1 委任する権限を○で囲んでください（複数に○を付けても可）。

- (1) 喜多方市国民健康保険の資格異動に関する権限
(国民健康保険の資格取得・喪失等に関する届出)
- (2) 喜多方市国民健康保険の各種証を交付又は再交付に関する権限
 - ① 国民健康被保険者証（保険証）
 - ② 国民健康保険高齢受給者証
 - ③ 国民健康保険限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証
 - ④ 国民健康保険特定疾病認定証
 - ⑤ その他 ()
- (3) 喜多方市国民健康保険の給付支給申請に関する権限（※ 受領に関する権限は含まれない。）

対象とする給付

〔	高額療養費支給申請・療養費支給申請・葬祭費支給申請	〕
	出産育児一時金支給申請・高額介護合算療養費支給申請・	
	その他 ()	
- (4) その他 ()