必ず、すべてを本人（必要な人）の直筆でお願いします。

委　　任　　状

令和　　年　　月　　日

私（本人）は、

住　　所	
氏　　名	㊞
生年月日	年　　月　　日

国民健康保険の手続きを、

※下記のあてはまる所に☑してください。

☐ 加入　　☐ 脱退　　☐ 保険証の再発行

☐ 保険給付費の受領

（☐ 療養費　☐ 高額療養費　☐ 高額介護合算療養費
☐ 出産育児一時金　☐ 食事差額）

☐ その他（　　）

代理人（窓口に来る人）に、

住　　所	
氏　　名	
本人との続柄	夫 ・ 妻 ・ 子 ・ 父 ・ 母 ・ その他(　　)

委任します。