

## 委任状

代理人 住所 \_\_\_\_\_  
(受任者)

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

委任者(被保険者)との続柄 \_\_\_\_\_

私は、神川町国民健康保険に関する下記の申請について、上記の者を代理人と定めます。

また、番号法（「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」）に定める個人番号（マイナンバー）を提供することを委任します。

申請内容： 療養費 ・ 高額療養費 ・ 高額介護合算療養費

被保険者証の再交付 ・ その他（ \_\_\_\_\_ ）

（ \_\_\_\_\_ 分 \_\_\_\_\_ ）

該当する項目を○で囲んでください。（その他必要事項をご記入ください。）

年 月 日

委任者 住所 神川町大字 \_\_\_\_\_  
(被保険者)

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

神川町長 あて

(注意事項)

- ・ 委任状は 必ず委任者（被保険者）本人がご記入ください。
- ・ 代理人の本人確認書類（免許証、パスポート、個人番号カード【プラスチックのカード】）を必ずお持ちください。