

委任状

代理人（委任を受けた者）

住所	〒		
氏名		生年月日	年 月 日
電話番号		本人との続柄	

私は、上記の者を代理人と定め、彦根市国民健康保険にかかる次の権限を委任します。

(該当するものに○をしてください)

1. 資格取得・喪失に関する一切の手続き
2. 資格情報のお知らせ・資格確認書の受領
3. 給付に関する申請及び受領

- ① 高額療養費 ② 療養費 ③ 高額医療・高額介護合算療養費
- ④ 高額療養費特別支給金 ⑤ その他（ ）
- ⑥ 葬祭費（被保険者氏名 ）

4. その他 ()

年 月 日

彦根市長 様

委任者

住所

氏 名

印

生年月日

電話番号

()