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。

（該当するものに〇をしてください）

１．資格取得・喪失に関する一切の手続き

２．被保険者証・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　　㊞

生年月日

電話番号　　（　　）