

委任状

知多市長 様

令和 年 月 日

| | | | |
|---------------|------|------|------------------------------|
| (頼んだ人) 委任者 | 被保険者 | 住所 | |
| | | 氏名 | Ⓜ (委任者ご本人の自筆の場合は、押印不要です。) |
| | | 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 |

下記の者に、次の手続き等を委任します。

委任事項（該当するもの全てに☑チェック、もしくはその他へ記入してください。）

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 国民健康保険 資格取得、喪失、変更にかかる手続きについて |
| <input type="checkbox"/> | 資格取得、変更にかかる、資格確認書等の受領 |
| | (注意) 資格取得手続き時に、マイナンバーカードの健康保険証利用登録状況について、受付時に確認しますので、受任者に登録の有無をお伝えください。 |
| <input type="checkbox"/> | 国民健康保険 資格確認書等の再交付（受領）にかかる手続きについて |
| <input type="checkbox"/> | 国民健康保険 限度額適用・標準負担額認定申請にかかる手続きについて |
| <input type="checkbox"/> | 国民健康保険 送付先変更等にかかる手続きについて |
| <input type="checkbox"/> | その他 () |

記

| | | |
|-------------------|-----------|----------------------------|
| (窓口に来られる方) 受任者 | 住所 | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 |
| | 委任者から見た関係 | 親族（続柄 ）・友人・施設職員 その他 () |

※受任者の方は本人確認を行います。運転免許証等の本人確認書類をご用意ください。

担当確認欄 受任者の本人確認

| | |
|------|--|
| 1点確認 | マイナンバーカード、運転免許証、パスポート、 在留カード、特別永住者証明書、身体障害者手帳、その他 () |
| 2点確認 | 資格確認書、年金手帳又は基礎年金番号通知書、年金証書、介護保険証、 雇用保険受給資格者証、社員証、国保又は国保税の通知、生活保護受給証明書、 キャッシュカード、通帳、その他 () |

見本

委任状

委任状を書いた日付

知多市長 様

令和 年 月 日

| | | | | | | |
|---------------|------|------|----------|-----|---|----|
| (頼んだ人) 委任者 | 被保険者 | 住所 | 知多市緑町1番地 | | | |
| | | 氏名 | 知多 太郎 | | 委任者ご本人の自筆以外は (委任者ご本人の自筆の場合は、 押印(認印)が必要です。 | |
| | | 生年月日 | 昭和・平成・令和 | 〇〇年 | 〇月 | 〇日 |

下記の者に、次の手続き等を委任します。

委任事項 (該当するもの全てに☑ チェック、もしくはその他へ記入してください。)

| | | |
|-------------------------------------|--------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 国民健康保険 | 資格取得、喪失、変更にかかる手続きについて |
| <input checked="" type="checkbox"/> | | 資格取得、変更にかかる、資格確認書等の受領 |
| | | (注意) 資格取得手続き時に、マイナンバーカードの健康保険証利用登録状況について、受付時に確認しますので、受任者に登録の有無をお伝えください。 |
| <input type="checkbox"/> | 国民健康保険 | 資格確認書等の再交付(受領)にかかる手続きについて |
| <input type="checkbox"/> | 国民健康保険 | 限度額適用・標準負担額認定申請にかかる手続きについて |
| <input type="checkbox"/> | 国民健康保険 | 送付先変更等にかかる手続きについて |
| <input type="checkbox"/> | その他 | () |

記

| | | | | | |
|-------------------|-----------|----------------------------|-----|----|----|
| (窓口に来られる方) 受任者 | 住所 | 知多市佐布里台3丁目101 | | | |
| | 氏名 | 佐布里 梅子 | | | |
| | 生年月日 | 昭和・平成・令和 | 〇〇年 | 〇月 | 〇日 |
| | 委任者から見た関係 | 親族(続柄 母)・友人・施設職員 その他() | | | |

※受任者の方は本人確認を行います。運転免許証等の本人確認書類をご用意ください。

担当確認欄 受任者の本人確認

| | |
|------|---|
| 1点確認 | マイナンバーカード、運転免許証、パスポート、 在留カード、特別永住者証明書、身体障害者手帳、その他() |
| 2点確認 | 資格確認書、年金手帳又は基礎年金番号通知書、年金証書、介護保険証、 雇用保険受給資格者証、社員証、国保又は国保税の通知、生活保護受給証明書、 キャッシュカード、通帳、その他() |