

【留意事項】

※各項目は、【代理人(窓口に来る方)】欄も含め、委任者(手続きが必要な方)ご本人がすべてご記入ください。

※代理人(窓口に来る方)の本人確認書類(マイナンバーカード・運転免許証等)をご持参ください。

南城市国民健康保険 委任状

委任日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

※委任状の記入日

沖縄県南城市長 殿

【代理人(窓口に来る方)】

氏名		電話	
住所			
生年月日	大・昭・平	年 月 日	委任者からみた関係

上記のものを代理人とし、下記の手続きに関する権限を委任します。

【委任者(手続きが必要な方)】

氏名		電話	
住所			
生年月日	大・昭・平	年 月 日	
委任する内容	委任する項目にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 加入手続き(資格確認書・資格情報のお知らせの受領も含む)に関する権限 <input type="checkbox"/> 資格確認書・資格情報のお知らせの再交付の申請・受領に関する権限 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証の申請・受領に関する権限 <input type="checkbox"/> 給付費の受領に関する権限 <input type="checkbox"/> 出産育児一時金 <input type="checkbox"/> 療養費 <input type="checkbox"/> 高額療養費 <input type="checkbox"/> 高額介護合算療養費 <input type="checkbox"/> 葬祭費 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 国民健康保険税の納付相談に関する一切の権限 (委任期間: <input type="checkbox"/> 今回のみ <input type="checkbox"/> 今年度いっぱい) <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除の手続き <input type="checkbox"/> その他(委任する内容を具体的にご記入ください) ()		