

【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	南城市 玉城 佐敷 字 知念 大里		
生年月日	大・昭・平 年 月 日		
委任する内容	<p>委任する項目にチェックを入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 資格の取得・喪失・変更手続き(資格確認書等の受領・国保税に関することも含む)に関する権限</p> <p><input type="checkbox"/> 資格確認書・資格情報のお知らせの受領・再交付に関する権限</p> <p><input type="checkbox"/> 限度額適用認定証の申請・受領・再交付に関する権限</p> <p><input type="checkbox"/> 給付費の受領に関する権限</p> <p><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()</p> <p><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)</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> その他(委任する内容を具体的にご記入ください) ()</p>		