

記載方法

委任状

※必ず委任者がすべて記入してください

代理人住所			
代理人氏名			
代理人生年月日	大・昭・平・令	年	月
代理人電話番号	()		

代理人の住所・氏名・生年月日・電話番号。
世帯主が記入する。

上記の者を代理人とし、下記の沖縄市国民健康保険手続きに関する権限を委任します。
(委任する項目にチェックを入れ、納付相談の項目は委任期間に○をつけてください。)

- 国民健康保険の各種証明書取得に関する一切の権限
- 保険料の納付相談に関する一切の権限 (委任期間：今回のみ・今年度のみ・今回以降)
- 給付費の受領に関する権限
 - 出産育児一時金 葬祭費 高額療養費 高額介護合算療養費 療養費
 - 入院時食事療養費差額分 移送費 特例療養費 その他 ()
- 対象の期間 (年 月 ~ 年 月)
- 国民健康保険被保険者証の再発行の申請・受領に関する権限
- はり、きゅう、あん摩マッサージ指圧施術利用券交付申請及び受領
- その他 () に関する権限

令和 年 月 日

記載した日を記入

世帯主の住所・氏名・生年月日・電話番号を記入。

印鑑(認印可)必須。
スタンプ印不可。

委任者住所			
委任者氏名			
委任者生年月日	大・昭・平・令	年	月 日
委任者電話番号	()		

※代理人の方へ

代理人の方は本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証など)・はんこ(スタンプ印は除く)をご持参ください。窓口にて申請・交付時に本人確認を行います。

職員確認欄	確認書類	<input type="checkbox"/> 保険手帳(国保・社保) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他
	備考	