

# 委任状

令和 年 月 日

受任者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
電話番号 ( ) \_\_\_\_\_  
続柄 \_\_\_\_\_

上記の者を受任者とし、下記の事項を委任します。

1. 国民健康保険高額療養費の受領に関する権限
2. 国民健康保険療養費の受領に関する権限
3. 葬祭費の受領に関する権限
4. 出産育児一時金の受領に関する権限
5. その他 ( )

委任者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

※委任者本人が、代理人の欄も含めすべて自書し押印してください。