

# 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	年 月 日
代理人電話番号	

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。)

- 国民健康保険加入・脱退等の届出に関する権限
- 国民健康保険資格確認書又は資格情報のお知らせの受領に関する権限
- 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 (\_\_\_\_\_)
- 国民健康保険資格確認書又は資格情報のお知らせの再発行の申請・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に関する権限
- その他 (\_\_\_\_\_) に関する権限

令和 年 月 日

委任者住所	
委任者氏名	
委任者生年月日	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)・印鑑 (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。顔写真なしの身分証の場合は、2点確認となります。

職員確認欄	確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 (2点確認)
	備考	