

# 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
- その他 ( ) に関する

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。  
シャチハタ不可。

記載した日を記入

令和 年 月 日

委任者住所			
委任者氏名	(印)		
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	