

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 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
- 国民健康保険被保険者証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 ()
 - 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	(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)・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	