委　任　状

受付日　　年　　月　　日

年　月　日

さつま町長　　様

私は、下記の者を代理人と定め、国民健康保険に係る手続き等について、次の権限を委任します。

※該当する□にチェックをしてください。申請又は届出ごとに権限を委任する行為を限定する場合は、下記の申請・届出事務名の「権限を委任する行為」の欄に個別にチェックしてください。

※個人番号の提供に係る権限を受任した代理人は、委任者の個人番号確認書類（個人番号カード、通知カードなど）及び代理人の身元確認書類（個人番号カード、運転免許証など）の提示が必要となります。

（一括で委任する場合）

□ 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）に基づく国民健康保険に関する申請又は届出並びに受領に関する権限

□ 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）に基づく個人番号の提供に係る権限

（個別に委任する場合）

申請・届出事務名	権限を委任する行為		
	申請・届出に関すること	受領に関すること	個人番号の提供に関すること
①資格の取得又は喪失			
②被保険者証・被保険者資格証明書・高齢受給者証の再交付			
③修学中の者に関する届出			
④住所地特例			
⑤限度額適用・標準負担額減額認定証			
⑥特定疾病療養受療証			
⑦入院時食事・生活療養費差額			
⑧療養費(海外療養費、移送費含む。)			
⑨特別療養費			
⑩高額療養費			
⑪高額介護合算療養費			
⑫その他（　　）			

委任者(受給者)の住所･氏名

住所

氏名

被保険者記号・番号	さ保								

代理人(受任者)の住所･氏名

住所

氏名　　委任者との関係