

# 委任状

令和 年 月 日

(宛先) 珠洲市長

申請者（委任者） 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
連絡先 \_\_\_\_\_

私は、下記の者を代理人と定め、珠洲市国民健康保険の

- |                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| 1. 資格取得              | 8. 食事療養費差額        |
| 2. 資格喪失              | 9. 療養費            |
| 3. 資格変更（世帯主変更など）     | 10. 移送費           |
| 4. 住所地特例（施設入所、学生など）  | 11. 高額療養費         |
| 5. 被保険者証等の再交付        | 12. 高額介護(医療)合算療養費 |
| 6. 限度額適用（標準負担額減額）認定証 | 13. 葬祭費           |
| 7. その他（ _____ ）      | 14. 出産育児一時金       |

について、（ 申請（届出）・受領 ）に関する権限を委任します。

代理人（受任者） 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
連絡先 \_\_\_\_\_

（申請者との関係： \_\_\_\_\_ ）