

# 委任状

令和 年 月 日

被保険者番号									
委任者 (世帯主)	住所	宍粟市							
	氏名							Ⓜ	男女
	個人番号								
	電話番号	( ) -							
	生年月日	大正・昭和・平成		年	月	日			

下記の者を受任者とし、

- 国民健康保険の資格 取得ならびに保険証等受取
- 国民健康保険の資格 変更ならびに保険証等受取
- 国民健康保険の資格 喪失
- 国民健康保険 被保険者証等再発行申請及び受取
- 国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定証または  
限度額認定証の申請及び受取

※ 該当するものに  に関する権限を委任します。

なお、宍粟市に対し、委任した権限について一切不服申し立てを行わないことを確約いたします。

受任者	住所							
	氏名							男女
	電話番号	( ) -						
	委任者との関係		生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	

受任者は窓口で本人確認書類も提示してください。

受任者の 本人確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 運転免許証( )
----------------	---