

# 委任状

年 月 日

米沢市長 あて

<委任者>

住 所 \_\_\_\_\_

フ リ ガ ナ

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

国民健康保険被保険者記号・番号( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )

私は、下記の者を受任者(代理人)と定め、

療 養 費( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月診療分)の受領

高額療養費( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月診療分)の受領

そ の 他( マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除 )

に関する一切の権限を委任します。

<受任者(代理人)>

住 所 \_\_\_\_\_

フ リ ガ ナ

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

委任者との続柄 \_\_\_\_\_

(帳票 国保-No.80)