

委 任 状

三 原 市 長 様

下記の者を私の代理人と定め、国民健康保険医療給付金に係る次の権限を委任します。

※該当する医療給付金にチェックをしてください。

- ☐ 療養費
- ☐ 高額療養費(年 月 診療分)
- ☐ 出産育児一時金
- ☐ 葬祭費
- ☐ 高額介護合算療養費

※権限を委任する行為にチェックをしてください。

- ☐ 申請に関すること。
- ☐ 受領に関すること。

受 任 者

住 所

氏 名

印

(署名又は記名押印)

年 月 日

委 任 者

住 所

氏 名

印

(署名又は記名押印)