委　任　状

代理人（委任を受けた者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所 | 電話番号　　　　　－　　　　　－ | | |
| 氏名 | ㊞ | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 続柄 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※代理人の本人確認書類をご持参ください。

私は上記の者を代理人と定め以下の権限を委任します。（委任する内容について□欄に全てチェックして下さい。また、その他欄にチェックした場合はかっこ内に記入して下さい。）

* **国民健康保険に関すること**

□　加入・脱退・変更の手続き　□資格確認書の申請交付手続き

□　資格確認書、資格情報のお知らせ再交付手続き　□マイナ保険証に関する手続き

□　限度額適用認定証・標準負担額減額認定証の申請交付または再交付の手続き

□　国民健康保険税の課税内容について　　　□　国民健康保険税の納税について

□　国民健康保険高額療養費について　　□　国民健康保険療養費について

□　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**□　国民年金に関すること**

　　□　加入・種別変更の手続き　□　国民年金保険料について　□　学生納付特例の手続き

　　□　免除・納付猶予の手続き　　　□　障害年金について(要予約)

　　□　未支給請求・死亡一時金の手続き　　　□　老齢年金について

□　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**□　福祉医療助成に関すること**

　　□　乳幼児医療受給券の手続き　　　□　福祉医療助成の手続き

　　□　福祉医療助成償還払いの手続き

　　□　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**□　後期高齢者医療制度に関すること**

　　□　後期高齢者医療資格確認書の申請交付手続き

□　後期高齢者医療資格確認書、資格情報のお知らせ再交付の手続き

　　□　後期高齢者医療制度保険料と負担割合区分について

□　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

守山市長　様

年金事務所長　様

滋賀県後期高齢者医療広域連合長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

委任者

　　　　　　　　　　　　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

電話番号　　　　　　　　－　　　　　　－