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　　－　　－