

# 委任状

平成 年 月 日

竹原市長 様

私は、次の者を代理人と定め、国民健康保険の給付に関する次の権限を委任します。

- 1 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。
  
- 2 該当する給付にチェックをしてください。
  - 入院時食事・生活療養費差額
  - 療養費（海外療養費，移送費含む）
  - 特別療養費
  - 高額療養費
  - 高額介護合算療養費（高額介護合算療養費支給申請に必要な自己負担額証明書交付申請を含む。）
  - 葬祭費

委任者（受給者）の住所・氏名 ※葬祭費の場合は葬祭執行者が受給者となります。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人（受任者）の住所・氏名

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

注) この委任状は、全て本人（委任者）が記入してください。