

# 委任状

代理人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

昭和・平成  
生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 月 日

私は上記の者を代理人と定め、以下の国民健康保険に関する手続きの権限を委任します。

- 資格異動（加入・喪失）手続き
- 給付（療養費・高額療養費）支給申請手続き
- 各種証交付・再交付手続き
- 被保険者証更新・納付相談
- 葬祭費・出産育児一時金 支給申請手続き
- その他（ \_\_\_\_\_ ）

宇治市長宛て

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

委任者 住 所 \_\_\_\_\_

(自署)

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

昭和・平成  
生年月日 令和・西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日