

# 個人番号提供にかかる委任状

令和 年 月 日

(国保番号 井福 - - )

世帯主 (頼んだ人)	住所			
	氏名	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日

私は次の者を代理人と定め、下の申請において、私および療養を受けた被保険者の個人番号を福井市に提供する事を委任します。

【申請の種類】 ※該当項目にチェックをつけてください。

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 高額療養費支給申請            | <input type="checkbox"/> 療養費支給申請       |
| <input type="checkbox"/> 限度額(・標準負担額減額)認定証交付申請 | <input type="checkbox"/> 食事療養費支給申請     |
| <input type="checkbox"/> 特別療養費支給申請            | <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証交付申請 |
| <input type="checkbox"/> 高額介護合算療養費申請          |  |

代理人 (頼まれた人)	住所			
	氏名	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	電話番号			

【注意】

代理人(世帯主と別世帯の方)が世帯主および療養を受けた被保険者の個人番号を福井市に提供する際は、次のものがが必要です。

- ・世帯主からの委任状
- ・代理人の身分証明書
- ・世帯主の個人番号カードまたは個人番号通知カード(写し可)