

【国民健康保険】
【国民年金】

委 任 状

令和 年 月 日

福井市長 あて

(国保番号 井福 - -)

委任者 (世帯主)	住 所				
	氏 名	(※)	生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	電話番号	() -			

※委任者(世帯主)が自署しない場合は、記名押印してください。

国民年金および
国民健康保険における手続きについて、下記のとおり委任します。

【委任事項】 ※該当項目にチェックをつけてください。

- ☐ 国民健康保険の手続き及び資格確認書等の受領について
- ☐ 資格確認書等の再交付申請及び受領について
- ☐ マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請について
- ☐ 限度額適用(・標準負担額減額)認定証の申請及び受領について
- ☐ 特定疾病療養受療証の申請及び受領について
- ☐ 国民健康保険税の納付に関すること
- ☐ 国民年金免除申請について
- ☐ その他()

受任者 (窓口に来られる方)	住 所				
	氏 名		生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	電話番号	() -			
	委任者との 関 係	親 族(続柄) その他()			