

委任状

令和 年 月 日

(宛先) 加 賀 市 長

申請者（委任者） 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

電話番号 _____

下記の者を代理人と定め、令和 年 月 日の申請に基づき、

加賀市国民健康保険より支給される

出産育児一時金

療養費

高額療養費

高額介護（医療）合算療養費

葬祭費

その他（ ）

の受領に関する権限を委任します。

代 理 人（受任者） 住 所 _____

氏 名 _____

委任者との続柄 _____

電話番号 _____

※届出や申請について、お電話で確認をさせていただく場合がございますので、日中に連絡のとれる電話番号をご記入ください。

※全て委任者本人が自書し押印のうえ、代理人にお渡しください。