

委任状

令和 年 月 日

| | | | | |
|-------------------|---------|-----------|------|-----|
| 代理人 (窓口に来られる方) | 住所 | 〒 ー | | |
| | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 昭・平 年 月 日 | 電話番号 | ー ー |
| | 委任者との関係 | | | |

私は、上記の者を代理人と定め、下記の手続きに関して貴組合に個人番号を提供する権限を含む一切の権限を委任します。

| | | | | |
|----------------|---|-----------|------|-----|
| 委任事項 | 【委任する内容】 ※該当する項目にチェックを入れてください。(複数選択可) <input type="checkbox"/> 加入・脱退・資格取得・資格喪失に関する手続き <input type="checkbox"/> 住所・氏名変更に関する手続き <input type="checkbox"/> 被保険者証等の再発行に関する手続き <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証に関する手続き <input type="checkbox"/> 給付に関する手続き (療養費・高額療養費 等) <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 委任者 (委任する方) | 住所 | 〒 ー | | |
| | 氏名 | Ⓜ | | |
| | 生年月日 | 昭・平 年 月 日 | 電話番号 | ー ー |

京都芸術家国民健康保険組合理事長 殿

- 注意
1. 委任状は必ず委任者本人が自署し押印してください。
 2. 代理人は本人確認ができるもの(運転免許証等)を持参してください。