

委任状

令和 年 月 日

南風原町長 殿

南風原町字

住所 その他

委任者（申請者）氏名

電話番号

令和 年 月 日申請の

国民健康保険による

療養費
高額療養費
食事・療養費差額
高額介護合算療養費
出産育児一時金
葬祭費
その他()

の支給について、下記の者を

代理人と定め、その受領に関する権限を委任します。

代理人（受任者） 住所 同上
南風原町字
その他

氏名

申請者との関係

電話番号

※注意

- ・代理人（受任者）の方は、本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカードなど）をご提示ください。
- ・委任状の偽造又は偽造した委任状の行使をしたときは、刑法第159条・第161条により罰せられます。
- ・やむを得ず委任者以外の方が代筆する場合は、代筆理由および代筆した方の氏名を記入してください。

代筆理由：

代筆者氏名：

（例：入院中であり、記入が困難な為）