

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	<p>【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)</p> <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・資格等の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

京都府衣料国民健康保険組合理事長 殿

- 注意
- 委任状の太字・太枠部分を必ず委任者本人が自署し押印してください。
 - 代理人は本人が確認できるもの(下記参照)を持参してください。

- * 身分証明書は原則 顔写真付きのもの(運転免許証・パスポート・船舶免許等)
- * 顔写真付き身分証明が無い方は以下のものを2つ以上
(公的医療保険の被保険者証・介護保険被保険者証・年金手帳・公的機関から交付された受給者証など、たくさんありますので 事前にお電話ください)
- * この委任状をコピーしてご利用ください。

京都府衣料国民健康保険組合
TEL 075-229-3322 FAX 075-229-3663

組合確認欄	
免許証・パスポート・保険証・	
年金手帳・その他 ()	
No. ()	