

(注意事項)

委任状はすべて委任者が消せないボールペン等で自署してください。

## 国民健康保険療養費委任状

宛先 伊勢崎市長

令和 年 月 日

(世帯主)

住所.....

氏名.....

生年月日 大・昭・平 年 月 日

電話番号.....

.....年 月診療分の療養費の受領及び支払いに関する一切の権限を下記の

者に委任します。

(通帳の名義人)

住所.....

氏名.....

電話番号.....

※委任者の意思確認のため、委任者へ電話連絡させていただく場合があります。