

# 委任状

銚子市長様

令和 年 月 日

私は、\_\_\_\_\_を代理人と定め、次に掲げる事項の手続きに関する全ての権限を委任します。

1 銚子市国民健康保険高額療養費の支給申請及び受領  
(支給額の受領方法は裏面に記載します。)

2

3

委任者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 昭和・平成 年 月 日

代理人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

電話番号 \_\_\_\_\_

委任者の方が委任状を書くことが困難な場合は代筆し、以下にご記入ください。  
委任状の内容を必ず本人に見せ、読み聞かせ、相違ないことを確認し、本人の意思を確認してください。

代理人の方と代筆者の方は、必ず別の方をお願いします。

委任者は\_\_\_\_\_（委任状筆記が困難である理由となる病気・障害の状態等）であり、委任状を書くことが困難であるため、委任者本人の意思を確認したうえで、  
\_\_\_\_\_（代筆者氏名）が代筆します。

代筆者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

委任者との続柄 :

支給額の受領方法（どちらか○で囲んでください。）

- 1．銚子市役所窓口にて現金で受領する。
- 2．次の受領用口座に入金されることにより受領する。
- 【受領用口座情報】

|                 |       |     |       |
|-----------------|-------|-----|-------|
|                 | 金融機関名 | 支店名 | 口座番号  |
| 金融機関名称          |       |     | 普・当・貯 |
| (フリガナ)<br>口座名義人 |       |     |       |
| 備考              |       |     |       |