

# 国民健康保険 保険給付受領委任状

羽 昨 市 長 殿

住 所

委任者(世帯主)

氏 名

電話番号 ( ) -

私は、 年 月 日に申請した 国民健康保険

- 高額療養費
- 療養費
- 標準負担額減額差額
- 葬祭費

の受領に関することについて、下記の者を代理人と定め、権限を委任します。

住 所

受任者(受取人)

フリガナ  
氏 名

( 委任者  
との続柄 )

電話番号 ( ) -