

組合員(院長先生)以外の方が郵送や窓口で届出申請される場合のみ

## 委任状

全国歯科医師国民健康保険組合新潟県支部長 殿

代理人(届出代行者) ※代理人の身元確認ができるもの(運転免許証等)が必要です。

事業所名 \_\_\_\_\_ 電話( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

私は、上記の者を代理人と定め、下記の届出の権限を委任します。

### 記

委任する内容に○をつけてください。

- ・被保険者住所氏名変更届
- ・出産育児一時金支給申請書
- ・出産手当金支給申請書
- ・その他( \_\_\_\_\_ )

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

委任者(組合員) ※組合員が直筆で署名、押印してください。

診療所名 \_\_\_\_\_ 電話( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

組合員氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

### 【注意事項】

- ・手続きの際は代理人の身元が分かるもの(運転免許証等)をご提示ください。(郵送の場合は写しを添付してご郵送ください。)
- ・委任提出した書類に疑義がある場合は、組合員に直接電話等で確認いたします。ご提出前に内容をよくご確認ください。