

委任状

※必ず委任する方が全部書いてください。

代理人住所	
代理人氏名	
代理人生年月日	明・大・昭・平 年 月 日

上記の者を代理人とし、下記に関する一切の権限を委任します。

1. 国民健康保険資格取得・喪失に関すること。
2. 国民健康保険資格確認書（資格情報のお知らせ）の申請・受領に関すること。
3. 国民健康保険マイナ保険証解除申請に関すること。
4. その他（ ）

令和 年 月 日

委任者住所	
委任者氏名	
委任者生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
委任者電話番号	()

※身体的なやむを得ない事情等により自筆できず代筆された場合は、委任者の氏名の欄に拇印を押してください。