

委任状

年 月 日

| | | |
|--|------|-------------------|
| 代理人 | 住所 | |
| | 氏名 | (大・昭・平 年 月 日) |
| | 電話番号 | () - |
| 私は、上記の者を代理人と定め次の権限を委任します。 1. 国民健康保険異動届 2. 国民健康保険証の受け取り 3. 国民健康保険証再交付申請 4. 保険料納付済証明書の受け取り 5. 国民健康保険に関するすべての手続き | | |
| 委任者 | 住所 | |
| | 氏名 | (大・昭・平 年 月 日) (印) |
| | 電話番号 | () - |

※この委任状は委任者本人が記入してください。

世帯番号