

委任状

年 月 日

代理人	住 所	
	氏 名	(大・昭・平・令 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. 国民健康保険資格確認書または資格情報のお知らせの受け取り 3. 国民健康保険資格確認書または資格情報のお知らせの再交付申請 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 6. 後期高齢者医療に関するすべての手続き		
委任者	住 所	
	氏 名	印 (大・昭・平・令 年 月 日)
	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