

# 委任状

年 月 日

被保険者番号 (受給者番号)									
委任者	住所								
	氏名								
	電話番号					生年 月日	年 月 日		

下記の者を受任者とし、

1. 国民健康保険 の申請・受領に関する権限

2. その他 ( ) に関する権限

を委任します。

受任者	住所							
	氏名							
	電話番号							
	委任者 との続柄					生年 月日	年 月 日	

---

市職員 記載欄	本人確認欄	確認書類欄	意思確認
	・運転免許証 ・( )		