

# 委 任 状

代 理 人 住 所 \_\_\_\_\_  
(たのまれた方)

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任いたします。

## 記

- 1 国民健康保険被保険者証再発行申請に係る権限
- 2 国民健康保険被保険者証の受領に係る権限

以上

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

委 任 者 住 所 \_\_\_\_\_  
(たのんだ方)

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日