

委 任 状

年 月 日

【委任者（世帯主名）】

住 所 中能登町

氏 名

印

生年月日 年 月 日

電話番号 ()

私は、下記の者を代理人とし、私及び世帯員の国民健康保険の手続きに関する権限を委任します。

（委任する項目にチェックを入れてください）

- ☐ 国民健康保険の加入手続きに関する事
- ☐ 国民健康保険の喪失手続きに関する事
- ☐ 国民健康保険資格確認書の再交付申請に関する事
- ☐ 国民健康保険資格情報のお知らせの再交付申請に関する事
- ☐ 国民健康保険限度額適用申請及び限度額適用・標準負担額減額申請に関する事
- ☐ その他手続きに関する事 ()

【代理人】

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号 ()

※代理人の方は身分証明（運転免許証等）を提示して、委任状を提出してください。