

# 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
- 国民健康保険被保険者証の再交付申請に関する事
- 国民健康保険被保険者証の更新に関する事
- 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。