

委任状

令和 年 月 日

私は、_____を代理人と定め、以下の国民健康保険の手続きの権限を委任する。

令和 年 月 日申請した以下の申請に関すること。

1. 国民健康保険の加入・脱退
2. 被保険者証の再交付
3. 高齢受給者証の再交付
4. 限度額適用 標準負担額減額 限度額適用・標準負担額減額 認定申請
5. 被保険者証郵送依頼
6. その他 ()

世帯主 住 所 五所川原市
(申請者)

氏 名 _____ (印)

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

連絡先 _____

〒

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

続 柄 _____

連絡先 _____

代理人の本人確認ができるもの (免許証やマイナンバーカード、パスポート等) のコピーを添付してください。