

委任状

令和 年 月 日

佐 川 町 長 様

私は、_____を代理人と定め、国民健康保険の
資格確認書に関する一切の権限を委任します。

申 請 者
(被保険者)

住 所

氏 名

生年月日

電話番号

代 理 人
(届出人)

住 所

氏 名

生年月日

被保険者との続柄

電話番号

○ ご持参いただくもの

- ・ 上記委任状と代理人の本人確認書類
(運転免許証/マイナンバーカード/パスポート等)