

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
資格取得、又は喪失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

印

生年月日

電話番号

代理人
(届出人)

住所

氏名

印

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/健康保険証・年金証書等)