

委任状

私は、下記の者に対して、国民健康保険の加入喪失の届出、資格情報のお知らせ、資格確認書の受領、及び福祉医療受給者証の受領手続き、申請等を委任します。

令和 年 月 日

委任者（被保険者本人）

住所 八百津町

氏名

印

届出人（窓口に来られる方）

住所

氏名

（委任者との関係） _____

*委任者の欄は委任者の方が必ず自署してください。