

# 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、被保険者証、受給者証、認定証の受領、及び福祉医療受給者証の受領手続き等を委任します。

年 月 日

委任者 住所 八百津町

氏名

印

届出人 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。