

※ この委任状は、委任者本人が自署するか、自署できない場合は
記名・押印（法人の場合は代表者印）してください。

委 任 状

年 月 日

代理人（手続きを行う人）

住 所

氏 名

生年月日 昭・平・令 年 月 日

私（委任者）は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

委任する権限（番号を○で囲み、該当する□内に✓印を記入）

- 1 国民健康保険に関する次の手続きをおこなうこと
 資格取得・資格喪失など資格関係の届出
 被保険者証などの各種証の交付・再交付申請
 保険給付の申請 保険税関係の申請・届出
 その他（ ）
- 2 委任する手続きに関して必要な範囲でマイナンバー（個人番号）を提供すること
- 3 委任する手続きに伴って交付される被保険者証などの各種証を受領すること
- 4 その他（ ）

委任者（世帯主）

住 所

氏 名

ⓐ

生年月日 昭・平・令 年 月 日

電話番号

-

-

（注）代理人の方は、本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証など）をご持参ください。