

# 委 任 状

年 月 日

委任者（委任する人）

世帯主住所\_\_\_\_\_

世帯主氏名\_\_\_\_\_⑩

生年月日\_\_\_\_\_年 月 日生

連 絡 先\_\_\_\_\_

私は、以下の理由により、下記の者に国民健康保険に関する手続きを委任します。

(理由)

受任者（代理人）

住 所\_\_\_\_\_

氏 名\_\_\_\_\_

生年月日\_\_\_\_\_年 月 日生

連 絡 先\_\_\_\_\_