

委任状

代理人住所	
代理人氏名	①
代理人生年月日	昭・平 年 月 日
代理人電話番号	

上記の者を代理人とし、国民健康保険の手続きに関する権限を委任
します。

年 月 日

委任者住所 _____

委任者氏名 _____ ①

委任者生年月日 昭・平・令 年 月 日 _____

委任者電話番号 _____