

代理人選任届（委任状）

令和 年 月 日

委任者（擬制世帯主又は被保険者）

住 所 _____
(方書) _____

氏 名 _____ 印

生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 月 日

電話番号 _____ () _____

(該当するものを○で囲んでください。)

- 1 国民健康保険の取得
- 2 国民健康保険の喪失
- 3 国民健康保険証の再発行
- 4 国民健康保険証の受取
- 5 限度額適用・標準負担額減額認定証の発行
- 6 限度額適用・標準負担額減額認定証の受取
- 7 その他 (_____)

私は、以下の者を代理人と定め、上記記載に関する一切の権限を委任します。

代理人（窓口に来られる方）

住 所 _____
(方書) _____

氏 名 _____

生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 月 日

委任者との関係 _____

電話番号 _____ () _____