

# 委任状

令和 年 月 日

## <委任者>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

電話番号 \_\_\_\_\_

私は、次の者を代理人と定め、下記の内容に関する一切の権限を委任します。

## <受任者>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

国民健康保険の加入・喪失に関する手続き

国民健康保険の給付に関する手続き

国民健康保険の限度額適用・標準負担額減額認定証に関する手続き

国民健康保険証の再交付に関する手続き

マイナ保険証利用登録解除に関する手続き

その他（下記に手続き内容を記入してください）