国保用

委　　任　　状

年　　月　　日

あきる野市長あて

私

住　　所：	
氏　　名：	※自筆による署名又は記名押印のいずれかとしてください。

は

代理人

住　　所：	
氏　　名：	

に

次の権限を委任します。

（委任する項目に☑チェックを入れお名前を記入してください。）

☐　国民健康保険の加入の手続

（加入する人の氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐　国民健康保険の脱退の手続

（脱退する人の氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐　国民健康保険 限度額適用認定証の申請の手続

（対象の人の氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐　国民健康保険 被保険者証・高齢受給者証・限度額適用認定証の再発行の手続

（再発行する人の氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐　国民健康保険 被保険者証・高齢受給者証・限度額適用認定証の受け取り

☐　その他（必要な事項を詳細に記載してください）

……

……

……

※　代理人の方の確認のため、マイナンバーカード・運転免許証・パスポートなど公的機関が発行した顔写真付きの身分証明書を持参してください。