

糸魚川市長 様

委 任 状

ご 本 人 (委任をする方)

被保険者証 記号番号	糸 魚 川	生 年 月 日
氏 名	⑩	年 月 日
住 所	糸魚川市 電話番号 — —	

私は下記の者を代理人と定め、本委任状により下記の権限を委任します。

- 国民健康保険被保険者資格に関すること
 国民健康保険被保険者証交付に関すること
 国民健康保険各種給付申請に関すること
 国民健康保険各種給付受領に関すること
 その他 ()

代 理 人 (委任を受ける方)

氏 名		本人との関係	
住 所	糸魚川市 電話番号 — —		
	確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 預貯金通帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	

注意事項

- ・本委任状は、ご本人（委任をする方）による自署である場合は、捺印を省略できます。
- ・代理人の方は、運転免許証など代理人自身の本人確認ができるものをご用意ください。
※個人情報を入手する目的で代理人を装って手続きを行う者（なりすまし）の防止のため、代理人の本人確認を行います。
- ・委任状に不備がある場合、または代理人の本人確認ができない場合は、手続きができないこともあります。