

年 月 日

(あて先)糸魚川市長

委 任 状

ご 本 人(委任をする方)

被 保 険 者 記 号 番 号	糸 魚 川	生 年 月 日
氏 名	⑩ (自署の場合、押印不要)	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
- 国民健康保険資格確認書等の交付に関すること
- 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	免・個・パ・在・保・資・障・聴・職・他()	

注意事項

- ・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。
※個人情報を入力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。