

委任状

代理人

住 所

氏 名

生年月日

年

月

日

上記の者を代理人とし、下記の権限を委任します。

国民健康保険 保険証再交付 に関する一切の権限

令和

年

月

日

委任する人

住 所

氏 名

印

生年月日

年

月

日