

# 委 任 状

令和 年 月 日

(宛先) 加 賀 市 長

申請者 (委任者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

私は、下記の者を代理人と定め、国民健康保険にかかる手続きの  
権限を委任します。

代理人 (受任者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

委任者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※届出や申請について、お電話で確認をさせていただく場合がございますので、日中に連絡のとれる電話番号をご記入ください。

※全て委任者本人が自書し押印のうえ、代理人にお渡してください。