

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、代理人にお渡しください。