委　　任　　状

年　　月　　日

三　原　市　長　様

住　　所

氏　　名　　印

（署名又は記名押印）

生年月日　　年　　月　　日

電話番号　　（　　）　　－

私は、次の人を代理人として、下記の権限を委任します。

代理人	住　所
	氏　名　　年　　月　　日生
	電話番号　　（　　）　　－
委任事項	□　国民健康保険加入手続き
	□　国民健康保険喪失手続き
	□　保険証等再発行
	□　保険証等受け取り
	□　住所地特例に係る届出
	□　そ　の　他　[　　]