

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
 - ☐ マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請
 - ☐ そ の 他 []