

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

注：マイナ保険証（健康保険証として利用登録したマイナンバーカード）の保有状況により、加入後に交付する書類が異なるため、次の欄もご記入ください。

加入する方の氏名	マイナ保険証の有無 (いずれかに○)	
	有	無
	有	無
	有	無
	有	無
	有	無

- ☐ 国民健康保険喪失手続き
☐ 資格確認書交付申請
☐ 資格確認書再交付・資格情報通知書再通知申請
☐ 資格確認書・資格情報通知書受け取り
☐ 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 []