

委任状

令和 年 月 日

涌谷町長 あて

代理人

住 所

氏 名

生年月日（大正・昭和・平成・令和） 年 月 日

続 柄

電話番号

私は、上記の者を代理人に定め、次の権限を委任します。

（委任する事項に○をつけてください。）

- 1 国民健康保険資格取得届出に関する事。
- 2 国民健康資格確認書または資格情報のお知らせ再交付申請に関する事。
- 3 国民健康保険給付申請に関する事。
- 4 国民健康保険資格喪失届出に関する事。
- 5 その他（ ）

委任者（被保険者）

住 所

氏 名

生年月日（大正・昭和・平成・令和） 年 月 日

※必ず本人が記入してください。

※代理人は、委任状のほかに本人確認ができる書類の提示が必要となります。（運転免許証、マイナンバーカード、パスポート等の公的機関発行で顔写真付きのもの）

※委任状の偽造又は偽造した委任状の行使をしたときは、刑法第159条及び161条により罰せられます。