

# 委任状

有田市長あて

令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

被保険者名  (委任者)	住所	
	氏名	電話番号 ____ - ____ - ____
		生年月日 昭和・平成・令和 ____年 ____月 ____日
委任事項	<input type="checkbox"/> 国民健康保険の資格取得・喪失・変更に関する届け出	
	<input type="checkbox"/> 資格確認書・資格情報のお知らせ の再発行に関する届け出	
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除に関する届け出	
	<input type="checkbox"/> 資格確認書交付申請（要配慮者等）	
	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
※代理人に委任する項目すべてにチェックをいれてください		

下記の者に代理人として上記該当事項の権限を委任いたします。

代理人

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 昭和・平成・令和

被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

※代理人及び委任者両方の本人確認できるものをあわせてお持ちください。

（顔写真付きなら1点、顔写真付きでないものは2点必要です。）