

# 委任状

受任者

住所

氏名

---

上記の者を代理人と定め、  
国民健康保険の（ ）に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

委任者

住所

氏名

---

(注) 受任者の身分を称するもの（運転免許証・マイナンバーカード等）を持参してください。（顔写真の無いものを持参する場合2点以上必要です。）