

委任状

令和 年 月 日

清須市長 様

(世帯主)

住 所

氏 名

※自署の場合は、押印不要です。

生 年 月 日

年

月

日

下記の者を代理人と定め、被保険者（ ）における以下の
手続き等を委任します。

記

委任事項

(委任期間： 年 月 日から 年 月 日まで)

- 1、国民健康保険資格取得手続きに関する件
- 2、国民健康保険資格喪失手続きに関する件
- 3、国民健康保険資格確認書等の受領に関する件
- 4、国民健康保険限度額認定証の受領に関する件
- 5、国民健康保険療養費の支給申請に関する件
- 6、国民健康保険（ ）に関する件

該当する手続きの番号に「○」をしてください。

(代理人)

住 所

氏 名

※自署の場合は、押印不要です。

生 年 月 日

年

月

日

連 絡 先

代理人様が窓口にお越しの際には、顔写真付の身分証明書をご持参ください。