

委任状（国民健康保険用）

舟橋村長 様

平成 年 月 日

※依頼する人がすべて自筆で記入してください。

・依頼する人

住 所	都道 府県	郡市 区町村
氏 名	印	
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生
連絡先	()	

・窓口に来る人（代理人）

住 所	都道 府県	郡市 区町村
氏 名	年 月 日生	

上記の者を代理人と定め、次の手続きをすることを委任いたします。

（該当する届に○をつけてください）

国保取得 国保喪失 その他 ()

次の欄に、全員の内容を御記入ください。（ただし、依頼する人と同一の世帯員に限ります。）

氏名		年 月 日生	氏名		年 月 日生
氏名		年 月 日生	氏名		年 月 日生
氏名		年 月 日生	氏名		年 月 日生