

委任状（国民健康保険用）

舟橋村長 様

令和 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 | 大正 昭和 平成 令和 | 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 |