

# 委任状

平成 年 月 日

委任者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

私は、下記の者に、国民健康保険の \_\_\_\_\_ に  
関する一切の権限を委任します。

被委任者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

確認  免許証  
 その他 ( )