委　任　状

令和　　　　年　　　　月　　　　日

上ノ国町長　様

**委任者（頼む人）**

　　　　住所　檜山郡上ノ国町字

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（生年月日　大正・昭和・平成・令和　　　　　年　　　月　　　日）

　　　　電話番号

　　　　頼む人（被保険者）の世帯主

**申請及び資格確認書等の受領・返納**

□　国民健康保険資格確認書交付申請書

□　再交付（資格確認書・資格情報のお知らせ・その他（　　　　　　　　　　）　）

□　その他交付・申請等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

私は、下記の者を代理人と定め、上記の事項に関する一切の権限を委任します。

**代理人（頼まれた人）**

　住所

　　　　氏名

　電話番号

注意事項

　・委任する本人がご自分でお書きください。

　・窓口で、代理の方の本人確認をしていますので、ご協力をお願いします。