

委任状

令和 年 月 日

大月市長 殿

代理人住所	
代理人氏名	
代理人生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
代理人電話番号	

委任事項	該当する□に✓を入れてください
	☐ 国民健康保険加入・喪失にかかる全ての手続き（受け取りを含む）
	☐ 限度額適用認定証の申請及び受け取り
	☐ 各種証等の再発行の手続き及び受け取り
	☐ 特定疾病療養受療証の手続き及び受け取り
	☐ マル学・マル遠・住所地特例の手続き
	☐ 送付先の設定
	☐ その他 _____

私は、上記の者を代理人と定め、下記の届出等に関する権限を委任します。

委任者住所	
委任者氏名 (自書と押印)	⑩ 自筆し、必ず押印してください（押印の無いものは無効）
委任者生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
委任者電話番号	

(注意事項)

○委任者（頼んだ人）の名前は、必ず本人が自筆で書いてください

○窓口では、代理人の本人確認を行いますので、本人確認ができるもの（運転免許証、マイナンバーカード等）をご持参ください

本人確認		
写真あり1点	写真なし2点	その他
☐ 免許証 ☐ マイナ ☐ 他	☐ 証系 ☐ 通帳系 ☐ 診察券	