

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
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険加入・喪失手続き（保険証等の受け取り・税額案内含む）
	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証の申請及び受け取り
	<input type="checkbox"/> 保険証等の再発行の手続き及び受け取り
	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証の手続き及び受け取り
	<input type="checkbox"/> マル学・マル遠・住所地特例の手続き
	<input type="checkbox"/> 送付先の設定
	<input type="checkbox"/> 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）	Ⓜ
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、本人確認ができる書類（運転免許証、マイナンバーカード等）をご持参ください