

委 任 状

令和 年 月 日

津久見市長 様

委 任 者 住 所 _____
(頼んだ人) 氏 名 _____
生年月日 _____年____月____日
電 話 _____(_____)_____

私は、次の事項に関する権限を次の者に委任します。

- ☐ 国民健康保険加入の手続き
- ☐ 国民健康保険脱退の手続き
- ☐ 資格確認書または資格情報のお知らせの再交付の手続き
- ☐ マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除の手続き
- ☐ 特定疾病療養受療証に関する手続き
- ☐ 限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証に関する手続き
- ☐ その他 (_____)

受 任 者 住 所 _____
(頼まれた人) 氏 名 _____
生年月日 _____年____月____日
電 話 _____(_____)_____