

委 任 状

年 月 日

尼 崎 市 長 あて

委 任 者 住 所 : _____
(世帯主又は依頼する人)

氏 名 : _____ (印)
(署名又は記名押印)

記号番号・枝番 : _____

連絡先 : _____

私は、下記の者を代理人として選任し、国民健康保険にかかる

- 加入 ・ 脱退
- 資格確認書再交付 ・ 資格情報のお知らせ再通知
- (住所 ・ 氏名 ・ 世帯主) 変更
- 保険料減免関係
- 納付誓約
- 納付書等送付先変更
- マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除
- (資格確認書 ・ 限度額適用認定証) 交付
- その他 (_____)

の手続きに関する一切の権限を委任します。

代 理 人 住 所 : _____
(依頼される人)

氏 名 : _____

連絡先 : _____

※ 代理人は、本人確認ができる書類（マイナンバーカード、運転免許証、旅券又は公的機関発行の顔写真付き証明書など）を持参してください。