**委　任　状**

住所

代　理　人 氏名 ㊞

生年月日　　　　　　　年　　　　月　　　　日生

国民健康保険（　　　　　　　　　　　　　）について、上記の者を代理人と定めて委任しますので、よろしくお取り計らい願います。

令和　　年　　月　　日

住所

委任者（本人） 氏名 ㊞

生年月日　　　　　　　年　　　　月　　　　日生

※代理人が窓口に来られる際は、代理人の身分証明書をご持参ください。