

委任状

読谷村長 様

委任者 (国保被保険者が属する世帯の世帯主)

委任者	住所	電話 ()		
	氏名	印	生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日
委任事項	国民健康保険に関する以下の手続き等を委任する。 (該当の項目に☑を付けて下さい) <input type="checkbox"/> 資格取得・異動手続き (資格確認書等の受領を 含む・含まない) <input type="checkbox"/> 資格喪失手続き <input type="checkbox"/> (再) 交付申請及び受領 () <input type="checkbox"/> その他 ()			

私 (委任者) は、下記の者を代理人と定め、上記の事項を委任します。

_____ 年 月 日

代理人 (委任者との続柄:)

代理人	住所	電話 ()		
	氏名	印	生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日

(注1) 代理人は、委任状のほかに本人確認ができる書類をご提示ください。
(運転免許証、マイナンバーカード、パスポート等の顔写真付きのもの)

(注2) 委任状は、すべて委任者が自署、捺印してください。
(虚偽の記入や内容がある場合は手続きが無効となる場合があります)

(注3) 委任の内容に疑義がある場合は、委任者の方に電話等で確認することがあります。

(注4) 各手続きに必要な書類の提出を求める場合があります。