

# 委任状

年 月 日

岩国市長様

私(委任者)は、受任者に下記の委任事項に関する権限を委任します。

## 1 委任者

氏名		印1
住所		
生年月日	年 月 日	
電話	( ) -	

## 2 受任者

氏名		印2
住所		
生年月日	年 月 日	
電話	( ) -	
委任者との続柄		

## 3 委任事項

国民健康保険、介護保険、後期高齢者医療保険について	
該当する事項の□に✓をつけてください	<input type="checkbox"/> ※資格に係る申請及び届出に関すること(介護保険、後期高齢者医療保険は除く) <input type="checkbox"/> ※被保険者証及び資格証明書の受領に関すること(介護保険は除く) <input type="checkbox"/> ※給付に係る申請及び給付金の手続きに関すること(介護保険は除く) <input type="checkbox"/> ※保険料(税)納付済確認書の受領 <input type="checkbox"/> ※保険料(税)の納付相談及び納付誓約書の提出 <input type="checkbox"/> 保険料(税)の納付及び還付金の受領に関すること <input type="checkbox"/> その他 ( )

### ◇注意事項

- ・印鑑は委任者と受任者でそれぞれ印影の異なるものを押印してください。
- ・この委任状は、必ず委任者、受任者それぞれが自署してください。
- ・※については受任者の本人確認が必要となりますので、写真付きの本人が確認できるものを持参してください。