

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	
住 所	
生年月日	M T S H 年 月 日
電 話	() -

2 受任者

氏 名	
住 所	
生年月日	M T S H 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を受領に関すること(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)納付済確認書を受領 <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)の納付及び還付金を受領に関すること <input type="checkbox"/> その他()

* 注意事項

- ・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。
- ・自署が困難な場合は、記名押印してください。
- ・委任事項の※については、受任者の本人確認が必要なため、写真付きの身元確認ができるもの(マイナンバーカード、運転免許証など)を持参(郵送の場合は写しを同封)してください。