

委任状

年 月 日

小国町長 様

委任者 (本人)	住 所	
	氏 名	印
	(自署の場合は押印不要)	
	生 年 月 日	年 月 日
	連 絡 先 ()	—

私は、下記の者を代理人と定め、国民健康保険に関する手続きの権限を委任します。

記

(代理人)

住 所	
氏 名	
連 絡 先 ()	—

※委任状は、必ず委任者本人が御記入ください。

※来庁の際は、代理人の本人確認書類（免許証等）が必要です。