

# 委任状

\*必ず委任する方がご記入ください。

代理人	住所	
	氏名	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	連絡先電話番号	

上記の者を代理人とし、下記の権限を委任します。

## 記

国民健康保険についての

送付先変更・被保険者証等の受取又は再交付・限度額適用認定証の申請 その他 (産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書 )

に関する権限

滑川市長 宛て

令和 年 月 日

委任者	被保険者番号	
	住所	
	氏名	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	連絡先電話番号	

※お手続きには、代理人の方の運転免許証・マイナンバーカード等の本人確認書類が必要です。