**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 | □大正 □昭和  年　　　月　　　日  □平成 □令和 |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | □大正 □昭和  年　　　月　　　日  □平成 □令和 |
| 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。** | | |