

# 委任状

私は、美唄市国民健康保険（加入・喪失・申請）に関する件を下記の代理人に委任します。

令和 年 月 日

## 【委任者】

住 所 美唄市 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

## 【代理人】（窓口に来る方）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※代理人の方は、身分証明書をご持参ください。