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】（世帯主）

　住　　所　　　　美唄市

　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　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。