

委任状

年 月 日

富士見町長 様

委任者（本人）住 所 _____

氏 名 _____

連絡先 _____

私は、次の者を代理人と定め、国民健康保険に係る以下の権限について委任します。

- 国民健康保険資格確認書の再交付申請及び受領
- 限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請及び受領
- その他

()

代理人（受任者）住 所 _____

氏 名 _____

連絡先 _____