

※この書面は必ず委任する人が記入してください。

委 任 状

阿賀野市長 宛

令和 年 月 日

代理人（窓口に来られる人）

住 所 _____

氏 名 _____（委任者との続柄 _____）

私は上記の者を代理人として定め、下記の申請および受領に関する権限を委任します。

- ☐ 国民健康保険加入(資格確認書等受領)・喪失等の手続き
- ☐ 国民健康保険給付等の手続き
- ☐ 国民健康保険資格確認書・資格情報等のお知らせ再交付の手続き
- ☐ 国民健康保険限度額適用認定証等申請交付の手続き
- ☐ 国民年金に関する手続き
- ☐ マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除の手続き
- ☐ その他(_____)

委任者

住 所 阿賀野市 _____

氏 名 _____

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 _____

電話番号 _____

代理人身分 証明確認欄	顔写真付	・マイナンバーカード・運転免許証・パスポート ・住民基本カード・身体障害者手帳・療育手帳・精神手帳
	顔写真無 ※2つ確認	・年金手帳・年金証書・マイナンバー通知カード・被保険者証 ・その他 (_____)