

# 委任状

五戸町長 様

年 月 日

代理人  
(窓口に来る方)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

生 年 月 日 明・大・昭・平・令 年 月 日

私は、上記の者を代理人と定め次の権限を委任します。

【委任事項】 委任する事項の□に✓印を付けて下さい。

- 五戸町国民健康保険 加入・脱退 手続きに関する事。
- 五戸町国民健康保険被保険者証（兼高齢受給者証）の再交付に関する事。
- 五戸町国民健康保険被保険者証（兼高齢受給者証）の受領に関する事。
- 五戸町国民健康保険被保険者証（兼高齢受給者証）の送付先変更に関する事。
- 五戸町国民健康保険限度額適用認定証の申請に関する事。
- 五戸町国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の申請に関する事。
- その他（ \_\_\_\_\_ ）

委任者  
(たのむ方)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

個 人 番 号 \_\_\_\_\_

生 年 月 日 明・大・昭・平・令 年 月 日

※ 本状は委任者がすべての項目について自書してください。