

委任状

(国民健康保険手続き用)

【代理人（委任を受ける者）】

住 所

氏 名

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

電話番号 () —

大分県由布市長 殿

平成 年 月 日

私（委任者）は、上記の者を代理人と定め、()の申請に係る手続きおよび受領を委任します。併せて、手続きに際し必要となる個人番号・公簿等を閲覧されることに同意します。

また、代理人は、手続きに必要な証明書類等と、代理人の身分を証明できるもの（運転免許証・パスポート等）を持参・提示します。

【 委任者 】

住 所

氏 名

⑩

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

電話番号 () —

※必ず委任者による自署・押印をすること。

【特記事項（手続きの委任者が世帯主でない場合などに、その理由を記述すること。）】
