委　　任　　状

令和　　　年　　　月　　　日

隠岐の島町長　様

　代　理　人（受任者）　※委任者と同一世帯の場合は不要です

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 隠岐の島町 |
| 氏　　名 |  |

　私は、上記の者を代理人と定め、国民健康保険に関する

　　　□　資　格　変　更

　　　□　被保険者証

　　　□　限度額適用認定証

　　　□　特定健診受診券

　　　□　そ　　の　　他　（　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　の申請手続きを委任します。

　依　頼　人（委任者）

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 隠岐の島町 |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　　　年　　　月　　　日 |