

委任状

代理人	住所			
	氏名			印
	生年月日		年	月 日

上記の者を代理人と定め、和歌山市国民健康保険について、下記の権限を委任します。

記

- 加入・喪失・分離・再交付等の申請
- 保険料減免の申請
- 保険料の納付相談
- その他 ()

令和 年 月 日

委任者	住所			
	氏名			印
	生年月日		年	月 日

※代理人の本人確認できるものを添付して下さい。(免許証、保険証など)