委任状

令和 年 月 日

真鶴町長 殿

委任者(世帯主または本人)

氏名	印
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
住所	
電話番号	

私は、下記の者を代理人と定め、次の事項に関する権限を委任します。

- 国民健康保険の加入・異動
- 国民健康保険被保険者証・資格確認書の(再)交付申請・受け取り
- 限度額適用証・標準負担額減額認定証の(再)交付申請
- 特定疾病療養受療証の(再)交付申請
- マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請

受任者(代理人)

氏名	
住所	
電話番号	

※代理人は、代理人ご自身の本人確認書類（マイナンバーカード・運転免許証等）をお持ちください。