(被保番：　　　　　　　)

委　　任　　状

令和　　年　　月　　日

　　龍ケ崎市長　　様

　　　　　　　　　　　　　委任者（世帯主）

　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　龍ケ崎市

　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　国民健康保険（　　　　　　　　　　　手続）に関する権限を下記の者に委任します。

記

　　　受任者（窓口で手続きをする方）

　　　　　住　　所

　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　電話番号

（記載例）

|  |
| --- |
| 委任者（世帯主）  　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　　　龍ケ崎市３７１０  　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　龍　ケ　崎　一　郎  　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　０２９７-６４-１１１１  　国民健康保険（　資格喪失　手続）に関する権限を下記の者に委任します。  記  　　　受任者（窓口で手続きをする方）  　　　　　住　　所　　　　　　龍ケ崎市健康町１－２－３  　　　　　氏　　名　　　　　　竜　ケ　崎　　花　子  　　　　　電話番号　　　　　　０２９７－６０－１２３４ |