

委任状

受任者：八幡浜市

上記の者を代理人として定め、八幡浜市における私の国民健康保険被保険者資格の（取得・喪失）に係る手続きについて権限を委任します。

年 月 日

委任者 住所：

氏名： ⑩

（ 年 月 日生）

連絡先(電話番号)：

※委任者が住所・氏名等を自署する場合は、押印不要です。

※取得手続きの場合、社会保険資格喪失証明書類が必要です。

※喪失手続きの場合、社会保険の資格確認書または資格情報のお知らせの写しが必要です。