

委 任 状

年 月 日

大牟田市長 様

私は次の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

代 理 人

住 所

氏 名

生年月日 大・昭・平 年 月 日 委任者との関係

委任事項（該当する項目に☑または追加記入してください）

- ☐ 国民健康保険の取得（加入）
- ☐ 国民健康保険の喪失（脱退）
- ☐ 国民健康保険資格確認書の交付・再交付申請
国民健康保険資格情報のお知らせの交付・再交付申請
- ☐ 国民健康保険資格確認書・資格情報のお知らせの送付先変更申請
- ☐ マイナンバーカードの健康保険証の利用登録解除
- ☐ その他 ※具体的に記載してください。

（ ）

委 任 者

住 所

氏 名

印 （自署の場合は押印不要）

生年月日 大・昭・平 年 月 日 電話番号

備 考

--

【注意事項】

- 委任者は世帯主に限ります。（マイナンバーカードの健康保険証の利用登録解除に係る委任者は本人です。）
- 国民健康保険資格確認書・資格情報のお知らせの窓口交付はできませんので、郵送とします。
- 代理人はこの委任状のほかに本人確認書類の提示が必要です。
- 委任の意思を確認するため、委任者（世帯主）に連絡する場合がありますので、ご了承ください。
- 委任状の偽造又は偽造した委任状の行使をしたときは、刑法第 159 条、第 161 条により罰せられます。