

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）
- 国民健康保険被保険者証の再交付申請
- 国民健康保険被保険者証の送付先変更申請
- その他 ※具体的に記載してください。

()

委任者（世帯主）

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。
- 国民健康保険被保険者証の窓口交付はできませんので、郵送となります。
- 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。