委　任　状

代理人　　　住　所

　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　生年月日

　　　私は、上記の者を代理人に選任し、国民健康保険限度額適用（・標準負担額減額）認定証の交付申請及び受領に関する件について委任します。

　　令和　　　年　　　月　　　日

　　委任者　　　住　所

　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　電話番号

　日　立　市　長　殿