

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

電話番号

日 立 市 長 殿