

委任状

平成 年 月 日

岩手県遠野市長 様

< 受任者 >

住 所		
氏 名	(印)	
電 話 番 号		委任者との関係

※ 本人 確認	運免・保険証・個カ・その他(通カ・診察券・)
	番号等

上記の者を代理人とし、下記の権限を委任します。

1. 国民健康保険の手続きに関する一切の権限
2. 国民健康保険の療養費受領に関する一切の権限
3. 国民健康保険の給付費受領に関する一切の権限

< 委任者 >

住 所		
氏 名	(印)	
電 話 番 号		

※ 本人 確認	運免・保険証・個カ・その他(通カ・診察券・)
	番号等

※欄は記入しないこと。