委　　任　　状

年　　月　　日

　尼　崎　市　長　あて

委　任　者　　住　所：

（世帯主又は依頼する人）

氏　名：　　　　　　　　　　 　 　㊞

（署名又は記名押印）

記号番号・枝番：　　　　　 　　　・

連絡先：

　私は、下記の者を代理人として選任し、国民健康保険にかかる

　□　加入　・　脱退

　□　資格確認書再交付　・　資格情報のお知らせ再通知

　□　（　住所　・　氏名　・　世帯主　）変更

　□　保険料減免関係

　□　納付誓約

　□　納付書等送付先変更

　□　マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除

□　（　資格確認書　・　限度額適用認定証　）交付

　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　の手続きに関する一切の権限を委任します。

代　理　人　　住　所：

（依頼される人）

氏　名：

連絡先：

　※　代理人は、本人確認ができる書類（マイナンバーカード、運転免許証、旅券又は公的機関発行の顔写真付き証明書など）を持参してください。