委任状

私は（申請者）、下記の者を代理人と定め、

（ ☐ 国民健康保険
☐ 国民年金
☐ 後期高齢者医療 ）

に係るすべて（届出・申請・受領）に関することについての権限を委任する。

令和　　年　　月　　日

坂　井　市　長　　殿

記

代理人	住所	
	氏名	
委任者	住所	
（申請者本人）	氏名	㊞
	生年月日　大・昭・平　　年　　月　　日	

委任者が自署しない場合は記名押印してください。
代理人の方の本人確認書類が必要です。（顔写真付きの公的身分証明書は１点、顔写真添付がない場合は２点）