

# 委任状

年 月 日

私は下記の者を代理人と定め、国民健康保険限度額適用認定証申請及び受領を委任します。

## 代理人

[氏名]

---

[住所]

〒

---

[連絡先電話番号]

TEL ( )

---

## 委任者

[氏名]

印

---

[住所]

〒

---

[連絡先電話番号]

TEL ( )

---

※代理人は本人確認のため公的証明書（運転免許証・健康保険証・住民票・パスポート等）を用意して下さい。