

委 任 状

代理人 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____ () _____

_____の国民健康保険限度額適用認定証（国民健康保険
限度額適用・標準負担額減額認定証）の交付申請および受領に関する一切の権
限を上記代理人に委任します。

令和 年 月 日

世帯主 住 所 _____
氏 名 _____ 印
電話番号 _____ () _____