

# 委任状

年 月 日

代理人 住所:

氏名:

生年月日:

私は、上記の者を代理人として次に関することを委任します。

- ・国民健康保険料収納額確認票の申請
- ・国民健康保険料収納額確認票の受領

以上

委任者 住所:

氏名:

生年月日:

連絡先:

キリトリ

## 記入上の注意

- ・シャチハタ等のスタンプ印で捺印したものは、お断りしています。
- ・委任者の氏名欄については、ボールペンやサインペン等で、委任者ご本人が記入してください。パソコンで印字した場合や、鉛筆など消すことのできる筆記具で書いた場合は認められません。
- ・記入の誤りがあった場合は、委任者の印鑑またはサインで訂正してください。

## 申請時に持参するもの

- ・代理人の本人確認書類(写真付)、印鑑(シャチハタ等のスタンプ印不可)。
- ※申請時に委任状を訂正する場合は、委任者の印鑑(シャチハタ等のスタンプ印不可)が必要になります。  
念のためご持参ください。