委 任 状

令和　　　年　　月　　日

あて先　上田市長　あて

(委任をする人)

住　所　上田市

氏　名　　　　　　　　 　 　　　 印

生年月日　　　　　年　　　月　　　日

電話番号

次の事項を下記の者に委任します。

上田市国民健康保険の

１　国民健康保険証の再発行の手続き及び受領

２　限度額適用認定証及び標準負担額減額認定証の受領

３　国民健康保険税に関すること

４　マイナンバーカードの健康保険証医療登録の解除申請

５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

(委任を受けた人)

住　所

　　　　　　　　　　　　 氏　名

生年月日　　　　　年　　　月　　　日

電話番号

＜持ち物＞

委任を受けた人の本人確認書類

（郵送の場合は、対象者の保険証またはマイナンバーカードの写しも添付）