

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)