

## 委任状

宮崎県医師国民健康保険組合理事長 殿

代理人 (※代理人の身元確認ができるもの(運転免許証等)が必要です。)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 昭和 \_\_\_\_\_ ・ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

私は、上記の者を代理人と定め、下記の届出の権限を委任します。

### 記

委任する内容の番号に○をつけてください。

- 1 被保険者資格取得届
- 2 被保険者資格喪失届
- 3 被保険者氏名・住所等変更届
- 4 被保険者証の紛失・再交付申請
- 5 高齢受給者証の紛失・再交付申請
- 6 その他  
( \_\_\_\_\_ )

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

委任者 (組合員) ※組合員本人が直筆で署名、押印してください。

被保険者証住所 \_\_\_\_\_

組合員氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 昭和 \_\_\_\_\_ ・ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日