

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 資格確認書の紛失・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してください。

被 保 険 者 住 所 _____

組 合 員 氏 名 _____

生 年 月 日 昭和 ・ 平成 年 月 日