

委 任 通 知

年 月 日

みどり市長 様

代理人（頼まれた人）

住 所 _____

氏 名 _____ 頼んだ人との関係 _____

上記の者を私の代理人と定め、国民健康保険各種申請手続きについての権限を委任しましたので通知します。

委任者（頼んだ人）

住 所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 明・大・昭・平 ____年 ____月 ____日

委任期間 _____ から _____ まで

※長期にわたって委任を必要とする場合のみご記入ください

※この委任通知は委任者(頼んだ人)がすべて記入してください。