

委 任 状

(代 理 人)

住 所 _____

氏 名 _____

私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

池田市国民健康保険

_____の届出

年 月 日

(委 任 者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

生年月日 _____ 年 月 日 _____

連 絡 先 (電 話 番 号) _____

※この委任状は、必ず本人が作成してください。

またパソコン等で作成される場合、委任者の氏名は自署してください。

※この委任状と来られる方（代理人）の本人確認できるもの（免許証、パスポート等）及び認印をお持ちください。