

羽咋市国民健康保険 委任状

羽 咋 市 長 殿

住 所

委任者(世帯主)

氏 名

電話番号 () -

私は、下記の者を代理人と定め、国民健康保険 資格取得・変更・喪失

に関することについて、権限を委任します。

住 所

受任者(受取人)

フリガナ
氏 名

(委 任 者
との続柄)

電話番号 () -