

# 委 任 状

\_\_\_\_\_の長崎市国民健康被保険証の再交付及び受取手続きを、

代理人の\_\_\_\_\_へ委任します。

(代理人住所：\_\_\_\_\_)

(代理人生年月日：昭・平・令 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日)

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

世帯主住所 長崎市\_\_\_\_\_

世帯主氏名 (自署) \_\_\_\_\_

(生年月日：昭・平・令 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日)