

委 任 状

_____の長崎市国民健康保険資格確認書の交付申請及び受取手続きを、

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)