

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) _____ (印)

(生年月日：昭・平・令 _____年 _____月 _____日)