**委　任　状**

**（代理人**※来庁される方**）**

**住　　所**

**氏　　名**

**生年月日**

**私、**（世帯主）**は、上記の者を代理人と定め下記の権限を委任いたします。**

記

**１．国民健康保険喪失の手続き**

**年　　月　　日**

**（委任者**※世帯主の方**）**

**住　　所**

**氏　　名　　　　　　　　　　　　　印**

**生年月日**

※印は認め印で可