委　任　状

受任者　：八幡浜市

上記の者を代理人として定め、八幡浜市における私の国民健康保険被保険者資格の取得喪失に係る手続きについて権限を委任します。

但し、国保取得（令和　　年　　月　　日付）に係る手続きにおいてのみとする。

令和　　年　　月　　日

委任者　住　所：

氏　名：　　㊞

（昭和・平成・令和　　年　　月　　日生）

連絡先(電話番号)：

※委任者が住所・氏名等を自署する場合は、押印不要です。
※委任状のほか、社会保険資格喪失証明書等証明書類が必要です。