

委任状

代理人氏名	⑩
代理人住所	〒 —
代理人電話番号	() —
被保険者との関係	

私は、上記の者を代理人と定め、下記に関する一切の権限を委任します。

- 事業所に勤務している被保険者およびその被扶養者の健康保険証・高齢受給者証の再交付に関する相談・手続き

委任状作成日	令和 年 月 日
事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	⑩
事業所の電話番号	() —

委任状作成日	令和 年 月 日
被保険者の氏名	⑩
被保険者の生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和

※代理人の顔写真付きの**身分証明書**（運転免許証等）、**印鑑**（委任状に押印した事業主の印鑑、被保険者の印鑑及び代理人の印鑑）も一緒にご持参ください。