

# 委任状

年 月 日

川西町長 殿

代理人（窓口に来られる人）	
住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日

私は上記の者を代理人と定め、下記の手続きに関する一切の権限を委任します。

委任する手続き
<input type="checkbox"/> 国民健康保険の資格異動（取得喪失）に関すること
<input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証の受領に関すること
<input type="checkbox"/> 国民健康保険限度額適用認定証の交付申請・受領に関すること
<input type="checkbox"/> 国民健康保険税の納付に関すること
<input type="checkbox"/> 国民健康保険の _____ に関すること

委任者	
住 所	
氏 名	印
生年月日	年 月 日