

# 委 任 状

神石高原町長 様

次の者を私の代理人と定め、下記の権限を委任いたします。

国民健康保険被保険者証，限度額適用・標準負担額減額認定証，特定疾病療養受療証の交付・受け取りに関すること。

平成 年 月 日

受 任 者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

委 任 者 (被保険者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)