委　任　状

亘理町長　様

令和　　年　　月　　日

代理人氏名		本人との関係	
代理人住所		連絡先電話番号	

私は、上記のものを代理人と定め、以下のことを委任します。

委任をする事項	□宮城県国民健康保険被保険者証の受領・再発行 □宮城県国民健康保険限度額適用・標準負担額認定証の(再)発行 □後期高齢者医療被保険者証の受領・再発行 □後期高齢者医療限度額適用・標準負担額認定証の(再)発行 □国民健康保険加入、喪失に伴う一切の手続き □未支給年金・未支払給付金請求に伴う一切の手続き □その他　(　　)
委任者	生年月日：　明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日 住所：　〒 電話：　(　　) 氏名：　㊞