

委任状（医療保険課）

江東区長殿

年 月 日

委任者 住所 東京都江東区 _____

氏名 _____ (印)

昼間の連絡先 _____

私は下記の者を代理人として、下記の項目について委任します。

- ・ 職場などの健康保険をやめて国民健康保険に加入する届出
- ・ 職場などの健康保険に加入して国民健康保険を喪失する届出
- ・ 非自発的失業による保険料軽減の申請

代理人 住所 _____

氏名 _____ (印)

昼間の連絡先 _____

代理人の身元確認の書類：

官公署等が発行した顔写真付の書類1点をお持ちください。
(マイナンバーカード・運転免許証・パスポート等)