

委任状

住 所
(代理人) 氏 名
電話番号

私に係わる国民健康保険の療養費の受領について上記の者を代理人とし、その権限を委任しましたのでお届けします。

年 月 日
(提出先) 川 越 市 長

住 所
(委任者) 氏 名
電話番号

※ 署名又は記名押印をしてください。

※申請者（世帯主）以外の名義の公金受取口座にお振込みをする場合、
委任状が必要です。