委　任　状

年　　月　　日

台東区長あて

代理人　　住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日：＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

私は、上記の者を代理人と定め、次に関することを委任します。

1. 委任内容（委任する項目に☑をつけてください）

☐ 国民健康保険の加入に関する手続き・資格確認書または資格情報のお知らせの受領

☐ 国民健康保険の喪失に関する手続き

☐ 国民健康保険資格確認書再交付申請・受領

☐ 国民健康保険資格情報通知書（資格情報のお知らせ）再通知・受領

☐ 国民健康保険資格確認書交付申請・受領

→ 資格確認書交付申請の場合は、いずれかに☑をつけてください。

☐ マイナンバーカードの紛失又は更新 ・ ☐ マイナンバーカード返納 ・ ☐ 介助（※要疎明資料）

☐ マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請・資格確認書受領

☐ （　　）

2. 対象者（手続きをしたい方に☑をし、ご記入ください。対象者は委任者と同世帯に限ります。

加入の際はマイナ保険証　有・無のいずれかに〇をしてください）

☐ 委任者本人、 マイナ保険証　有 ・ 無

☐ 氏名①＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿、 生年月日＿＿＿年＿＿月＿＿日、 マイナ保険証　有 ・ 無

☐ 氏名②＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿、 生年月日＿＿＿年＿＿月＿＿日、 マイナ保険証　有 ・ 無

☐ 氏名③＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿、 生年月日＿＿＿年＿＿月＿＿日、 マイナ保険証　有 ・ 無

以上

委任者 本人　　住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日：＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

電話 ：＿＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿＿

1. 代理人の本人確認が必要となります。代理人のマイナンバーカードや運転免許証、在留カード等をご用意ください。
2. 鉛筆・消えるボールペンは使用できません。（修正ペン・修正テープ不可）
3. 委任者または代理人が外国籍の場合は在留カードに記載された氏名全てをご記入ください。
4. 委任内容によって必要書類が異なります。詳しくは台東区国民健康保険課資格係にお問い合わせください。

※ 委任状に不備があった場合、委任者に電話をさせていただくか、受付できない場合があります。