委　　任　　状

令和　　年　　月　　日

泉佐野市長　殿

※資格の異動や送付先の設定、保険料に関する手続きは世帯主からの委任が必要です

委任者	住　所	
	氏　名	㊞
	生年月日	
	連絡先	（　　　　）　　　ー

私は、下記の代理人に、私の世帯にかかる国民健康保険に関する一切の情報の開示を認め権限の行使を委任します。

記

代理人	住　所	
	氏　名	
	連絡先	（　　　　）　　　ー