

(国民健康保険給付費受領用)

委任状

令和 年 月 日

奄美市長 殿

申請者（委任者）住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

下記の者を代理人と定め、令和 年 月 日の申請に基づき、奄美市国民健康保険より支給される療養費の受領に関する権限を委任します。

代理人（受任者）住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

※全て委任者本人が自書・押印の上、代理人にお渡しください。