# 代理人選任届

令和　　年　　月　　日

幸手市長　あて

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**代　理　人**　氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（受任者）　生年月日　　年　　月　　日

電話番号　　（　　）＿＿＿＿＿＿＿＿

私は上記の者を代理人に選任し、下記の権限を委任したので、お届けします。

記

【委任事項】（必要事項にチェックしてください）

＜幸手市国民健康保険＞

□幸手市国民健康保険の（加入・脱退）に関する件

□幸手市資格確認書の交付に関する件

□幸手市限度額認定証・標準負担額減額認定証の交付に関する件

□マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請に関する件

□出産育児一時金の差額支給申請及び受領に関する件

□療養費の支給に関する件

□送付先変更（取下）届に関する件

□その他（　　）

＜国民年金＞

□国民年金の（加入・喪失）及びそれに附帯する一切の件

□その他（　　）

＜添付書類＞受任者の本人確認ができる書類（例：免許証の写）

住　　所　幸手市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**委　任　者**　氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（被保険者）　生年月日　　年　　月　　日

電話番号　　（　　）＿＿＿＿＿＿＿＿

**代筆者**（受任者以外の人）　病気や高齢等により、本人が直筆できない場合は代筆が可能です。

委任者は、（代筆の理由）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿のため、直筆ができないので、委任者本人の意思を確認の上、代筆しました。

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**代　　筆　　者**　氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代理人以外の人）　電話番号＿＿＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿＿＿＿＿

# 代理人選任届

**記 入 例**

令和 **8**年 **1**月 **1**日

幸手市長　あて

住　　所 **幸手市東4－6－8**
**代 理 人** 氏　　名 **幸手　太郎**
（受任者） 生年月日 **平成元**年 **1**月 **1**日
電話番号 **000**（**000**）**0000**

私は上記の者を代理人に選任し、下記の権限を委任したので、お届けします。

記

【委任事項】（必要事項にチェックしてください）
＜幸手市国民健康保険＞
☑幸手市国民健康保険の（加入・脱退）に関する件
☐幸手市資格確認書の交付に関する件
☐幸手市限度額認定証・標準負担額減額認定証の交付に関する件
☐マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請に関する件
☐出産育児一時金の差額支給申請及び受領に関する件
☐療養費の支給に関する件
☐送付先変更（取下）届に関する件
☐その他（　　）
＜国民年金＞
☑国民年金の（加入・喪失）及びそれに附帯する一切の件
☐その他（　　）

＜添付書類＞受任者の本人確認ができる書類（例：免許証の写）

【注意】
代理人（受任者）の方は代筆者にはなれません。
代理人以外の方が代筆をお願いします。

住　　所 幸手市**東〇ー〇ー〇**
**委 任 者** 氏　　名 **幸手　桜子**
（被保険者） 生年月日 **昭和60**年 **1**月 **1**日
電話番号 **999**（**999**）**9999**

**代筆者**（受任者以外の人）　病気や高齢等により、本人が直筆できない場合は代筆が可能です。

委任者は、（代筆の理由）＿＿＿＿＿＿＿＿のため、直筆ができないので、委任者本人の意思を確認の上、代筆しました。

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿
**代　筆　者** 氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿
（代理人以外の人） 電話番号＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿