

## 代理人選任届

多治見市長 様

年 月 日

代理人 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

下記世帯主との関係 \_\_\_\_\_

私は上記の者を代理人と定め、国民健康保険 の届出、再交付申請および  
保険証の受領に関する権限を委任します。

世帯主 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印