委　任　状

代理人　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

電話 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は上記の者に、鎌倉市国民健康保険の資格情報に関する申請の権限を委任します。

令和　　年　　月　　日

委任者　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

電話 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿