委任状

年　　月　　日

阿久比町長　殿

〈被保険者〉

被保険者番号			
氏名	印 ※自署による場合は、押印不要	生年月日	年　　月　　日
住所			

下記の者に手続きを委任します。

〈手続きを行う者〉

氏名		被保険者との関係	
住所			
手続きの内容			

本人確認書類（町確認用）
〈１点確認〉 ☐運転免許証　☐個人番号カード　☐パスポート　☐その他（　　）
〈２点確認〉 ☐介護保険被保険者証　☐介護保険負担割合証　☐医療保険証　☐その他（　　）