

# 代理申請委任状

令和 年 月 日

宮城県医師国民健康保険組合 様

私は、下記の交付申請を、下記代理人に委任します。

記

- 資格確認書
- 資格情報通知書

(該当の番号にマルをお付けください。)

委任者

〒

住 所

氏 名

印

代理申請者

〒

住 所

氏 名

印

※代理申請者との関係