委　任　状

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

中　野　区　長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　捨印

　　　　　住　　　所

　　　　　世帯主氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　私は、下記の者を代理人として、中野区国民健康保険傷病手当金

支払受領の権限を委任致します。

　　　　代理人

　　　　　住　　所

　　　　　氏　　名