

委任状

全国歯科医師国民健康保険組合新潟県支部長 殿

代理人(届出代行者) ※代理人の身元確認ができるもの(運転免許証等)が必要です。

事業所名 _____ 電話(_____) _____

氏 名 _____

私は、上記の者を代理人と定め、下記の届出の権限を委任します。

記

委任する内容の番号に○をつけてください。

- 1 被保険者資格取得届
- 2 被保険者資格喪失届
- 3 被保険者住所氏名変更届
- 4 その他(_____)

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

委任者(組合員) ※組合員が直筆で署名、押印してください。

診療所名 _____ 電話(_____) _____

組合員氏名 _____ 印 _____

【注意事項】

- ・手続きの際は代理人の身元が分かるもの(運転免許証等)をご提示ください。(郵送の場合は写しを添付してご郵送ください。)
- ・委任提出した書類に疑義がある場合は、組合員に直接電話等で確認いたします。ご提出前に内容をよくご確認ください。