

# 委任状

委任した日 令和 年 月 日

和歌山県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

代理人

社会保険労務士事務所へ委任

該当する方に✓をしてください。

個人に委任

代理人の 事業所名称	
住 所 (事業所の場合は 事業所住所)	
氏 名	

代理人の身分証明書の写しを添付してください。(運転免許証 パスポート等)

※ 社会保険労務士事務所の担当者の方が来館なさる場合は、事業所の所属及び本人確認できるものを提示してください。

私は、上記の者を代理人とし、次の手続きを委任します。

該当手続きに✓をし、届用紙件数(添付書類省く枚数)を記入してください。

<input type="checkbox"/>	資格取得の手続き	件
<input type="checkbox"/>	資格喪失の手続き	件
<input type="checkbox"/>	健康保険被保険者適用除外の事務	件
<input type="checkbox"/>	組合が証明した健康保険被保険者適用除外承認申請書を代理人事業所へ直送を希望	
<input type="checkbox"/>	その他の申請・届出	
	( )	件

委任者

診療所 住所  
名称

甲種組合員  
氏 名

印

## 甲種組合員の先生へ

被保険者の資格取得・喪失については、乙種組合員(従業員)の場合も含め、甲種組合員がご申請頂くことになっております。そのため、これら手続き及び関連する事務を代理人が申請する場合は、申請の都度、上記の委任状をお願いいたします。

被保険者証は、委任されている場合でもお渡しできません。組合から診療所へ郵送いたします。