

平成 年 月 日

委任状

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長様

〒

自宅住所

氏名

印

電話

—

—

私の世帯に属する者の、所得等の証明の取得を埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長に委任します。

フリガナ 氏名	性別 男女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
フリガナ 氏名	性別 男女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
フリガナ 氏名	性別 男女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
フリガナ 氏名	性別 男女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
フリガナ 氏名	性別 男女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
フリガナ 氏名	性別 男女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
フリガナ 氏名	性別 男女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日

※ 取得の際に、一人につき証明手数料をご負担していただきます。

なお、負担額は各市町村において、手数料条例が異なりますので、後日組合員の方に請求いたします。