**委　任　状**

私は、（受領者住所）

　　　（受領事業所名）

　　　（受領者名）

を代理人と定め下記に関する一切の権限を委任いたします

記

委任事項

* の受領の件

令和　　年　　月　　日

(委任者住所)

（委任者氏名）　　　　　　　　　　　　　印

**受　領　書**

綾川町健康福祉課長　殿

被保険者　　　　　　　　　　　　　の　　　　　　　　　　を受領しました。

令和　　年　　月　　日

（受領者住所）

（受領事業所名）

　　　　　（受領者名）