

# 委 任 状

私は、熊本県歯科医師国民健康保険組合から支給される下記の支給内容に対する一切の権限を下記の者に委任いたします。

支給内容 \_\_\_\_\_

組合員から委任された者の

氏 名 \_\_\_\_\_

組合員との続柄 ( \_\_\_\_\_ )

熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

組合員住所

氏名

①