

# 委任状

所在地  
受任者  
名称  
代表者氏名

事業所記号	
-------	--

1. 健康保険法に基づき新潟県農業団体健康保険組合から支給される健康保険給付金の受領を事業所代表者に委任します。

委任受領を同意した者

氏名	印
生年月日	<small>元号</small> 年 月 日
被保険者等番号	

注 (1) 自署の場合は押印不要です。  
(2) 任意継続被保険者となった場合、この契約は無効となります。  
(3) 電子申請での届出された場合にこの委任状を郵送にてご送付ください。  
被保険者資格取得届（用紙）での届出の場合は⑭同意欄にて同意願います。  
(4) 被保険者番号欄は空欄のままご提出ください。

(資格取得届電子申請時・1名用)

# 委任状

所在地

受任者

名称

代表者氏名

1. 健康保険法に基づき新潟県農業団体健康保険組合から支給される健康保険給付金の受領を事業所代表者に委任します。

事業所記号	
-------	--

	被保険者証 等番号	被保険者氏名	印	生年月日		
				元号		
				年	月	日
				年	月	日
				年	月	日
				年	月	日
5				年	月	日
				年	月	日
				年	月	日
				年	月	日
				年	月	日
10				年	月	日

- 注 (1) 自署の場合は押印不要です。  
(2) 任意継続被保険者となった場合、この契約は無効となります。  
(3) 電子申請での届出された場合にこの委任状を郵送にてご送付ください。  
被保険者資格取得届（用紙）での届出の場合は⑭同意欄にて同意願います。  
(4) 被保険者番号欄は空欄のままご提出ください。

(資格取得届電子申請時・10名連記用)