

【SEGURO NACIONAL DE SAÚDE / PLANO NACIONAL DE APOSENTADORIA】

P R O C U R A Ç Ã O

委 任 状

Data (ano/mês/dia) 年 月 日

Outorgante 委任者	住所	Endereço		
	氏名	Nome	生年月日	Data de Nascimento 年 月 日 (ano/mês/dia)
		Se preenchido a próprio punho não é necessário o carimbo 自署の場合は押印不要		電話番号

※ Para trâmites do Seguro Nacional de Saúde a procuração deve ser preenchida pelo Chefe de Família e para trâmites do Plano Nacional de Aposentadoria, pelo solicitante.

国民健康保険のときは「世帯主」、国民年金のときは「本人」を記入すること。

Concedo poderes ao Procurador abaixo designado para efetuar os trâmites referentes a/ao:

下記の者に、次の手続き等を委任します。

Selecione a opção adequada ou, se necessário, escreva na última opção o trâmite desejado 【委任事項】

(該当するものに☑、もしくは追加記入)

- Seguro Nacional de Saúde 国民健康保険の諸手続きについて
(Tipo de trâmite 手続き内容：)
- Plano Nacional de Aposentadoria 国民年金の諸手続きについて
(Tipo de trâmite 手続き内容：)
-

Outorgado (Pessoa que virá efetuar o trâmite) 委任者 (認口て来られる方)	住所	Endereço		
	氏名	Nome	生年月日	Data de Nascimento 年 月 日 (ano/mês/dia)
		Grau de Parentesco com o Outorgante 委任者との関係		

豊田市長 様

本人 確認	1点確認 免・個・在・身・その他 ()
	2点確認