

【SEGURO NACIONAL DE SALUD / PLAN DE JUBILACIÓN】

CARTA PODER

委任状

年 月 日

Otorgante 委任者	Dirección 住所	
	Nombre 氏名	Fecha de Nacimiento 生年月日 (año/mes/día) 年 月 日
	No se requiere el Sello cuando el nombre es escrito por sí mismo. 自署の場合は押印不要	
	Ⓜ	Teléfono 電話番号 —

※Para los trámites del Seguro de Salud, el otorgante debe ser el jefe de familia y, para los trámites del Plan de Jubilación, el otorgante debe ser el 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。

Otorgo el Apoderado abajo designado para realizar los trámites relativos al:

下記の者に、次の手続き等を委任します。

- Seguro Nacional de Salud 国民健康保険の諸手続きについて  
(Tipo de trámite 手続き内容: )
- Plan de Jubilación 国民年金の諸手続きについて  
(Tipo de trámite 手続き内容: )
- 

Apoderado 受任者	Dirección 住所	
	Nombre 氏名	Fecha de Nacimiento 生年月日 (año/mes/día) 年 月 日
	Parentesco con el otorgante 委任者との関係	

豊田市長 様

確認	1点確認 免・個・在・身・その他 ( )
	2点確認