**委　　　任　　　状**

**（代理人）**

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

**（復代理人）**

社会保険労務士事務所所在地　　福知山市前田新町３６番地の６

社会保険労務士事務所名称　　　岸見社会保険労務士事務所

社会保険労務士氏名　　　　　　　　岸　見　一　美

電話番号　　　　　　　　　　　　　　0773-27-5928

私は上記の者を代理人及び復代理人に選定し、次の事項に関する手続の権限を委任します。

この委任状をもって委託者の電子署名に代えることとし、電子申請により以下の届書等を管轄年金事務所へ提出を行うこと。

　　　（届書名）

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　委任者住所

委任者氏名

　　　　　　　　　　　　　　委任者氏名（第3号被保険者）

（注）「健康保険被扶養者（異動）届」と「国民年金第3号被保険者（資格取得・種別変更・種別確認（3号該当）、資格喪失、死亡、氏名・生年月日・性別変更（訂正））届」を同時に提出する場合は、健康保険の被保険者及び第3号被保険者双方が委任者になります。