

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 _____
社会保険労務士事務所名称 _____
社会保険労務士氏名 _____
電話番号 _____

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名古屋薬業健康保険組合へ提出を行うこと。

- (届書名)
- 産前産後休業終了時報酬月額変更届
 - 育児休業等終了時報酬月額変更届

※申出る書類にチェックをしてください。

令和 年 月 日

委任者住所 _____

委任者氏名 _____

委任者被保険者等記号番号
