

委任状

年 月 日

委任者
(頼む人)

住 所

氏 名

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

電話番号

私は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

委任事項 マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除の申請

代理人
(窓口に来る人)

住 所

氏 名

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

※委任状は、委任者が必ず自分で記入してください。