

委任状

令和 年 月 日

(あて先)鹿沼市長

【委任者(頼む人)】

住 所

氏 名

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

電話番号

私は、下記の者を代理人とし、下記の事項のすべてについて委任します。

【代理人(頼まれる人)】

住 所

氏 名

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

【委任事項】

- ・ マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請
- ・ 資格確認書の交付申請
- ・ 資格確認書の受領

【注意】必ずお読みください。

- ※ 利用登録を解除すると、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を行うことはできなくなります。
- ※ 利用登録の解除を申請した方には、有効な被保険者証等をお持ちでない場合には、資格確認書を交付します。医療機関・薬局を受診等される際に必要です。
- ※ 利用登録解除後、マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」画面に反映されるまで、1～2か月程度かかります。

※ 委任者が全て記入(自署)してください。

代理人の本人確認を行いますので、必ずマイナンバーカードや運転免許証など、本人確認できるものをお持ちください。