

委任状

令和 年 月 日

委任者 住 所 丁目 _____
氏 名 _____ 印
電話番号 _____
被保険者番号 _____

私（委任者）は、下記の者を代理人と定め、マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除の手続きに必要な権限の全てを委任します。

代理人 住 所 丁目 _____
(受任者)
氏 名 _____
電話番号 _____
委任者との関係 _____