

委任状

令和 年 月 日

委任者 (保険証利用登録の解除を希望する方)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

下記の代理人に、次の手続きを委任します。

【委任事項】

国民健康保険、または後期高齢者医療に係るマイナンバーカードの健康保険証
利用登録の解除に関する手続き

代理人 (窓口で申請手続きをする方)

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

〔身分確認事項〕

マイナンバーカード、運転免許証等