

委任状

代理人住所	
代理人氏名	
代理人生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日

上記の者を代理人とし、下記の権限を委任します。

記

委任事項

- ☐ マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除すること
- ☐ 資格確認書を受け取ること
- ☐ その他 ()

令和 年 月 日

委任者住所	
委任者氏名	
委任者生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
委任者電話番号	