

# 委任状

私は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

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

## 委任者（世帯主等）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

## 受任者(代理人)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

委任者(世帯主等)との関係 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_