委　　任　　状

代理人

　　住　　所

　　氏　　名

私は、上記の者を代理人と定め、次の事項を委任します。

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に関する権限

令和　　　年　　　月　　　日

委任者

　　住　　所

　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※委任者の氏名は自署でご記入ください。