

# 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。