

# 委任状

(代理人)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

私は  マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請  
  
について、上記の者に委任します。

令和 年 月 日

(委任者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

申請理由

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_