

委 任 状

代 理 人 住 所 _____
(たのまれた方)

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日

上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任いたします。

記

- 1 マイナンバーカードの国民健康保険証利用登録解除に係る権限
- 2 国民健康保険被保険者証（資格確認書）の受領に係る権限

以上

年 月 日

委 任 者 住 所 _____
(たのんだ方)

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日