

委任状

代理人（受任者）

住所

氏名

生年月日 昭・平・令 年 月 日

令和 年 月 日

本人（委任者）

上記代理人にマイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請に関する一切の権限を委任します。

☐ 同上

住所

昭・平・令

氏名 ⑩ 年 月 日生

昭・平・令

氏名 ⑩ 年 月 日生

昭・平・令

氏名 ⑩ 年 月 日生

昭・平・令

氏名 ⑩ 年 月 日生

昭・平・令

氏名 ⑩ 年 月 日生

※ 未成年に関しては、親権者が手続きを行う場合は委任状が不要です。
※ 自署の場合、押印不要です。