

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の 解除申請に係る委任状

代 理 人 (窓口に来る方)	住所	
	氏名	生年月日 年 月 日

私は、上記の者を代理人と定め、下記の届出の権限を委任します。

記

【届出対象者が来庁できない理由】

理由

年 月 日

委任者（解除申請者）

住所

矢吹町

氏 名	生 年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日

【確認事項】

※必ず委任者本人が自筆で署名してください。委任状は原本をお持ちください。
※鉛筆や消える筆記用具を使用したものや、内容に不備があるものは、受付できません。