

委任状

年 月 日

被保険者番号								
委任者 (被保険者)	住 所							
	氏 名							
	電話番号	() —						
	被 保 険 者 との続柄			生年 月日	明・大 昭・平	年	月	日

下記の者を受任者とし、

1. 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
2. その他 () に関する権限

を委任します。

受 任 者	住 所							
	氏 名							
	電話番号	() —						
	委任者 (被保険者) との続柄			生年 月日	明・大 昭・平	年	月	日

市区町職員 記載欄	本人確認欄	確認書類欄	意思確認
	免(経)・マイ・パ・障・ 保・介・その他 ()		