

委任状

私は、
住所
氏名
生年月日 年 月 日
(電話番号:)
を代理人と定め、

次の事項を委任します。

記

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こと
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

年 月 日

委任者
住所
氏名 印
生年月日 年 月 日
電話番号

【国保記号番号 4 5 ・ 】

A	個・免・パ・住・在・障・()	B	保(健・介)・年・住・()	C	学・社・税・通・キ・診・()	主・員・委
---	-----------------	---	----------------	---	-----------------	-------