

委 任 状

令和 年 月 日

私（本人）

住 所	
氏 名	
生 年 月 日	

私は、

マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除（及び資格確認書の受領）

に関する権限について、下記の者を代理人として委任します。

代理人（窓口に来る人）

住 所	
氏 名	
本人との続柄	
連 絡 先	