

委任状

年 月 日

(マイナ保険証の利用登録解除希望者本人)

委任者	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	

私は、下記の者を受任者とし、マイナンバーカードの健康保険証の利用登録解除に係る申請に関する一切の権限を委任します。

受任者	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	
	委任者との続柄	