

委任状

(あて先) 神奈川県後期高齢者医療広域連合長

年 月 日

私は、次の者を代理人と定め、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一切の権限を委任します。

(委任者) ※マイナ保険証の利用登録解除希望者本人

住 所

氏 名

生年月日 明・大・昭 年 月 日

電話番号

署 名

(代理人)

住 所

氏 名

生年月日 大・昭・平 年 月 日

電話番号

申立書

この委任状は、委任者が筆記困難なため委任者の意思に基づき、委任者の面前で代筆したものに相違ありません。

委 任 者 印

代筆者住所

代 筆 者