

委任状

私は、_____を代理人と定め、マイナンバーカードの健康保険証利用解除申請に関する権限を委任します。

令和 年 月 日

代理人の住所、氏名

住 所 _____

氏 名 _____

委任者の住所、氏名

住 所 _____

氏 名 _____

※委任者の欄は直筆してください。