

委任状

本部町長 あて

【委任者(解除申請者)】

住所

氏名

生年月日

電話番号

私は下記の者を代理人と認め、
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ついて委任します。

【代理人】

住所

氏名

生年月日

電話番号

※この委任状は委任者(解除申請者)が必ず直筆で記入してください。
※代理人の本人確認書類(免許証など)を持参してください。