

委任状

令和 年 月 日

被 保 険 者	住 所				
	氏 名			印	男 女
	電話番号	()	—		

私は、下記の者を受任者とし次の事項を委任します。

- マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除に関する権限。
- 国民健康保険資格確認書交付に関する権限。
- () に関する権限。

受 任 者	住 所				
	氏 名				男 女
	電話番号	()	—		
	被保険者 との続柄		生年 月日	大・昭 平・令	年 月 日

※受任者の本人確認書類の写しを添付してください。