

委任状

下市町長 殿

【委任者】

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____

電話番号 _____

私は、下記の者を代理人に定め、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一切の権限を委任します。

【代理人】

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____

電話番号 _____

委任者との関係 _____

※委任状は、委任者（本人）が自署してください。

※代理人（窓口に来る方）及び委任者の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）をお持ちください。