**委 任 状**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

**代 理 人**（窓口来庁者）

　　住所

生年月日　　昭・平　　　年　　　月　　　日

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　委任者との関係

私は、上記の者を代理人と認め、下記事項を委任します。

**マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請及び資格確認書の受取について**

**委 任 者**（解除希望者）

□代理人に同じ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 住所 |  |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 昭・平・令　　 年　　月　　日 | 電話番号 | □代理人／委任者(　)に同じ |
| 2 | 住所 |  |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 昭・平・令　　 年　　月　　日 | 電話番号 | □代理人／委任者(　)に同じ |
| 3 | 住所 |  |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 昭・平・令　　 年　　月　　日 | 電話番号 | □代理人／委任者(　)に同じ |
| 4 | 住所 |  |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 昭・平・令　　 年　　月　　日 | 電話番号 |  |

★委任者欄は必ず委任者（解除希望者）が記入してください。