

# 委任状

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_

代理人生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

代理人連絡先 \_\_\_\_\_

私は、上記の者を代理人と定め、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。

令和 年 月 日

静岡県後期高齢者医療広域連合長 様

委任者住所 \_\_\_\_\_

委任者氏名 \_\_\_\_\_

委任者生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

委任者連絡先 \_\_\_\_\_

※この委任状のほかに、代理人の本人確認ができる書類の提示が必要となります。