

委任状（マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除関係）

三種町長 様

令和 年 月 日

委任者	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	電話番号	

私は、次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を委任します。

代理人	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	続柄	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	電話番号	