

# 委任状

マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除の申請について、次の者に委任します。

この件に関して紛争等が生じた場合には、当方の責任において解決します。

年 月 日

委任者（本人）

住 所

\_\_\_\_\_

名 前

生年月日 年 月 日 ①

\_\_\_\_\_

〔 自署であれば  
押印不要 〕

受任者（代理人）

住 所

\_\_\_\_\_

名 前

生年月日 年 月 日

\_\_\_\_\_