

委 任 状

令和 年 月 日

私（委任者）は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。

- ☐ 後期高齢者医療資格確認書兼任意記載事項併記申請に関すること。
- ☐ 後期高齢者医療資格確認書再交付申請に関すること。
- ☐ 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関すること。

委任者 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

本人との関係 _____

連 絡 先 _____