

委任状

委任者（被保険者）

氏名： _____



住所： _____

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

受任者（申請者）

氏名： _____

被保険者との続柄： _____

住所： _____

【留意点】

- ・被保険者本人以外の方がお手続きをする場合には、こちらの委任状が必要となります。（上記の内容が記載されている任意の様式でも結構です。）
- ・受任者（申請者）の方は顔写真付きの身分証明書（マイナンバーカードまたは運転免許証）が必要となります。
（郵送による申請の場合は、身分証明書のコピーを添付してください。）