

委任状

滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様

令和 年 月 日

本人	〈住所〉
	〈氏名〉 ※自書以外の場合は押印が必要です
	〈生年月日〉 年 月 日
	〈電話番号〉

私は、下記の者を代理人と認め、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。

代理人 (窓口に来られる方)	〈住所〉
	〈氏名〉
	〈生年月日〉 年 月 日

※ 委任する本人がすべて記入してください

※ 本人以外が申請する場合、世帯が同じであっても委任状が必要です。