

委 任 状

平川市長 様

令和 年 月 日

私は、令和 年 月 日に申請するマイナンバーカードの健康保険証
利用登録の解除の申請を下記の者に委任します。

委任者 住所 _____
(被保険者)
氏名 _____

代理人 住所 _____
(頼まれた人)
氏名 _____