

委任状

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

年 月 日

(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

生 年 月 日 _____ 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

委任者との関係 _____

電 話 番 号 _____

私は、上記の者を代理人と定め、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係る権限を委任します。

(委任者)※世帯主または届出が必要な方

住 所 _____

氏 名 _____

生 年 月 日 _____ 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電 話 番 号 _____

※ 窓口で、代理人の方の本人確認をします。必ず、本人確認資料をお持ちください。

1点で本人確認が可能なもの: 顔写真付きの身分証(免許証、パスポート等)

2点以上で本人確認が可能なもの: 診察券、公的機関からの通知等

※ 委任者本人が自署してください。