

委任状

令和 年 月 日

大分県後期高齢者医療広域連合長 様

私は、
を代理人と定め、下記の事項に関する権限を
委任します。

委任事項 マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請

申請者
(被保険者)

住 所

氏 名

生年月日

電話番号

代理人

住 所

氏 名

電話番号

続 柄