

委任状

(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

電話番号 _____

私は、上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。

年 月 日

(宛 先) 埼玉県後期高齢者医療広域連合長

(委任者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 _____

電話番号 _____