

委任状

岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

委任者 (被保険者)	住所			
	氏名		生 年 月 日	大正 昭和 西暦 年 月 日

以下の者に、次の手続き等を委任します。

【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について

受任者 (代理人)	住所			
	氏名		生 年 月 日	大正 昭和 西暦 年 月 日
	委任者との 関係	※親族の場合は続柄		