

委 任 状

中井町長 殿

年 月 日

(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 大・昭・平 年 月 日

電話番号 _____

私は、上記の者を代理人として、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 _____ (印)

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ので、本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）を必ずお持ちください。

※委任者本人が自署してください。