

委 任 状

代理人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 月 日

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関する権限を委任します。

年 月 日

敦 賀 市 長 殿

委任者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 月 日