

委任状

令和 年 月 日

委任者 住所 _____

(解除対象者) 氏名 _____ 印

電話番号 _____

私は、次の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

委任事項

- ・ マイナンバーカードの健康保険証の利用登録の解除申請について

住所 _____

代理人 氏名 _____

電話番号 _____

※この委任状のほかに、委任者（解除希望者）及び代理人の本人確認ができる書類の提示が必要です。（マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等の公的機関が発行した顔写真付き証明書）

※利用登録の解除を申請した方には、保険者から世帯主あてに資格確認書を交付します。解除後、医療機関・薬局を受診等される際には、資格確認書の持参が必要です。有効な保険証が交付されている人には、資格確認書を交付しませんので、引き続き保険証を利用して下さい。

※解除申請後、マイナポータルに反映されるまでに1～2 か月かかります。その間に、別の医療保険者等に新しく加入する医療保険者等に対し、自身が以前加入していた医療保険者等で解除申請を行ったことを申し出るとともに、資格確認書の申請を行うようにしてください。