

委 任 状

(あて先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長

住 所
(受任者) 氏 名
電 話

私は、上記の者を代理人と定め、下記の手続きを行うことを委任します。

1. 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

令和 年 月 日

住 所
(委任者) 氏 名
電 話