

委 任 状

令和 年 月 日

(あて先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

私(申請者)は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。

後期高齢者医療制度のマイナンバーカードの健康保険証の利用登録解除申請に関すること。

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

(被保険者番号 _____)

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

委任者との続柄 (_____)

電話番号 _____

- ※注意事項
- 1 委任者本人が署名・押印してください。
 - 2 代理人の方は、本人確認のため身分証明書(運転免許証、マイナンバーカード等)を必ずご持参ください。