

委任状

年 月 日

委任者	住所				
	氏名		生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日

以下の者に、次の手続き等を委任します。

- 【委任事項】
- ☒ マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請について

受任者	住所				
	氏名		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	委任者との関係	親族（続柄）・担当民生委員・近隣協力者・友人 施設職員・ケアマネージャー・その他（ ）			

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

確認	個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書 身体障害者手帳・その他（ ）
	健康保険被保険者証・資格確認書・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証 生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード 社員証・その他（ ）