

委 任 状

静岡県後期高齢者医療広域連合長 殿

住 所

(受任者) 氏 名

電話番号

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手続きを行うことを委任します。

令和 年 月 日

住 所

(委任者) 氏 名

電話番号