

委任状

(国民健康保険)

年 月 日

被保険者番号							
委任者	住所						
	氏名						
	電話番号	() —					
	生年月日	年 月 日					

下記の者を受任者とし、次の事項を委任します。

マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除 の申請に関する権限

受任者	住所						
	フリガナ						
	氏名						
	電話番号	() —					
	委任者との続柄		生年月日	年 月 日			

*受任者が支給を受ける場合、委任者の本人確認書類の写しを添付してください。

<本人確認書類の例>

- ・運転免許証、マイナンバーカード等、パスポート、官公署発行の顔写真付きの証明書
- ・国民健康保険資格確認書

職員記載欄	本人確認書類	確認日付	担当者
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 国民健康保険資格確認書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート) <input type="checkbox"/> ()	年 月 日	