

委任状

(後期高齢者医療制度用)

委任者（被保険者）

氏 名	生 年 月 日	住 所
	・ ・	
	・ ・	
	・ ・	

私は、次の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

令和 年 月 日

代理人（窓口にお越しになる方）

住所 _____

氏名 _____

連絡先 _____

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関すること

※ 代理人が、健康保険課窓口で後期高齢者医療資格確認書の受け取りを希望する場合には、下記の□にチェックを入れてください。

☐ 後期高齢者医療資格確認書の受領に関すること

※ 市内出張所への提出及び郵送による届出の場合は、委任者（被保険者）の住民登録地（送付先が登録されている場合は、送付先住所地）に郵送となります。