

委 任 状

(代 理 人)

住 所

氏 名

私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

池田市国民健康保険

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書の届出

令和 年 月 日

(委 任 者) ※解除対象者

住 所

氏 名

印

生年月日

年

月

日

連 絡 先 (電話番号)

※この委任状は、必ず本人が作成してください。

またパソコン等で作成される場合、委任者の氏名は自署してください。

※この委任状と代理人の顔写真付きの本人確認できるもの（マイナンバーカード・運転免許証、パスポート等）をご持参ください。郵送される場合は、本人確認できるもののコピーをご送付ください。