委　　任　　状

　（あて先）静岡県後期高齢者医療広域連合長

住　所

（受任者）氏　名

電　話

　　　私は、上記の者を代理人と定め、下記の手続きを行うことを委任します。

　マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除の手続きについて

　　　　令和　　　年　　　月　　　日

住　所

（委任者）氏　名

電　話