

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

印

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

印

電 話