

委任状

(宛先) 神奈川県後期高齢者医療広域連合長

____年 ____月 ____日

私は、次の者を代理人と定め、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一切の権限を委任します。

(委任者) ※マイナ保険証の利用登録解除希望者本人

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 ____大・昭____年 ____月 ____日

電話番号 _____

署 名 _____

※この署名はマイナンバーカードの健康保険証の利用登録解除申請書の同意署名とみなすものです。

(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 ____大・昭・平・令____年 ____月 ____日

電話番号 _____

申述書

この委任状は、委任者が筆記困難なため委任者の意思に基づき、委任者の面前で代筆したものに間違いのないことを申述します。

委 任 者 _____ 印

申述者住所 _____

申 述 者 _____

以 上

【確認事項】※記入前に必ずご確認ください。

- ・委任状は委任者本人が、ボールペン等の消えないもので記入してください。
- ・原本を提出してください。（メール、コピー、FAX、イメージ画像等は不可）
- ・代理人の方は本人確認書類（マイナンバーカードや運転免許証等）をお持ちください。
- ・委任状は委任者が記入するものですが、事情により筆記が難しい場合は、申述書に記入、押印のうえ、提出してください。

記入例

委任状

(宛先) 神奈川県後期高齢者医療広域連合長

〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日

私は、次の者を代理人と定め、マイナンバーカードの健康保険証利用登録申請に関する一切の権限を委任します。

委任状の記入日を記入してください。

(委任者) ※マイナ保険証の利用登録解除希望者本人

住 所 **藤沢市朝日町1-1**

氏 名 **藤沢 太郎**

生年月日 大 **昭** 〇〇 年 〇 月 〇 日

電話番号 **〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇**

必ず本人が署名してください。

署 名 **藤沢 太郎**

※この署名はマイナンバーカードの健康保険証の利用登録解除申請書の同意署名とみなすものです。

(代理人)

住 所 **藤沢市江の島1-1**

氏 名 **藤沢 花子**

生年月日 大 **昭** 平・令 〇〇 年 〇 月 〇 日

電話番号 **〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇**

代筆した場合は、申述書に委任者名の記入・押印が必須です。

申述書

この委任状は、委任者が筆記困難なため委任者の意思に基づき、委任者の面前で代筆したものに間違いのないことを申述します。

委任者 **藤沢 太郎** **印**

申述者住所 **藤沢市江の島1-1**

申 述 者 **藤沢 花子**

以 上