

委任状

令和 年 月 日

私（委任者）は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。

- 後期高齢者医療資格確認書兼任意記載事項併記申請に関する事。
- 後期高齢者医療資格確認書再交付申請に関する事。
- 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事。

委任者 住 所 五戸町

氏 名 _____

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

本人との関係 _____

連絡先 _____