

委 任 状

(代理人) 住 所 _____

氏 名 _____

続柄()

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

電話番号

私は、上記の者を代理人と認め、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ついて委任します。

年 月 日

(宛先) 厚 木 市 長

(委任者) 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 大正・昭和 年 月 日

電話番号