

委 任 状

私は、_____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。

もし、これによりトラブルが発生した場合は、私が一切の責任を持ち貴市に対して迷惑をかけません。

令和 年 月 日

委任者（世帯主）

住 所 _____ さぬき市 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

連絡先 _____