

被保険者番号 \_\_\_\_\_

## 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) 静岡県後期高齢者医療広域連合長 宛

(委任者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

電話番号