委　任　状

令和　　年　　月　　日

大分県後期高齢者医療広域連合長　様

私は、　　を代理人と定め、下記の事項に関する権限を委任します。

委任事項　　マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請

申請者 （被保険者）	住　　所	
	氏　　名	
	生年月日	
	電話番号	
代理人	住　　所	
	氏　　名	
	電話番号	
	続　　柄	