委任状

(マイナンバーカード健康保険証利用登録解除)

代理人住所	
代理人氏名	
代理人生年月日	年 月 日
代理人電話番号	()

上記の者を代理人とし、私の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すべての権限を一任します。

令和 年 月 日

(宛先) 伊勢市長

委任者住所	
委任者氏名	
委任者生年月日	年 月 日
委任者電話番号	()

※本状は必ず委任者が全て記載してください。

※代理人は本状とともに身分証明書を持参してください。