

委任状

代理人（来庁者）

住所

氏名

印 委任者との続柄（ ）

電話番号

※代理人は、委任状と併せて顔写真付きの身分証明書を提示してください。

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）時津町長

委任者

住所

氏名

印

電話番号