**委　　任　　状**

【 マイナ保険証の利用登録解除 】

令和　　　年　　　月　　　日

太宰府市長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委 任 者 | 住　　所 | 太宰府市 |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 大正・昭和平成・令和　　　　　年　　　月　　　日 |
| 電話番号 |  |

私は、次のとおり代理人を定め、所定の権限を委任します。

|  |  |
| --- | --- |
| 委任事項 | **委任事項に☑してください。**□ マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請 |
| 受 任 者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 大正・昭和平成・令和　　　　　年　　　月　　　日 |
| 電話番号 |  |
| 委任者との関係 | 親族(続柄　　　　　　　)、知人・友人、施設職員、ケアマネージャー、その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

**※委任者本人が自筆してください。**

代理人確認

|  |  |
| --- | --- |
| 確認方法 | マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・住基カード・外国人登録証明書・身障者手帳・健康保険証（有効期限内に限る）・年金手帳・年金証書・介護保険証・雇用保険受給資格者証・預金通帳・その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |