

委 任 状

令和 年 月 日

四万十市長 様

住 所

委 任 者 氏 名

電話番号

窓口に来られない理由

【

私は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

1. マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除の申請及び国民健康保険資格確認書の受取に関する一切の権限

受 任 者 住 所

氏 名

委任者との続柄

(注1) 委任者は、本人に限る。