委　任　状

播磨町長様

年　　月　　日

被保険者番号		
委任者	住　所	
	氏　名	
	電話番号	（　　）　　―
	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日

私は、下記の者を代理人として、マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請を委任します。

代理人	住　所	
	氏　名	
	電話番号	（　　）　　―
	委任者との続柄	

＊窓口に来られる方（代理人）の本人確認ができるものをご持参ください。

＜本人確認書類の例＞
・運転免許証、マイナンバーカード等、官公署発行の顔写真付きの証明書
・国民健康保険被保険者証

	本人確認書類	確認日	担当者
職員記載欄	□運転免許証 □国民健康保険被保険者証 □マイナンバーカード □（　　）		