

委任状

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

[代理人] 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

電話番号 _____

[委任事項]

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請

年 月 日

[委任者] 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

※ 代理人の方の本人確認が必要となりますので、下記の書類を持参下さい。

本人確認書類	1点確認書類（公的機関が発行した写真付きのもの） 運転免許証、旅券、個人番号カード、在留カード、障害者手帳など
	2点確認書類（公的機関が発行した写真がないのもの） 介護保険の被保険者証、年金手帳など