

# 委任状

\*必ず委任する方がご記入ください。

代理人住所	
代理人氏名	
代理人生年月日	年 月 日
代理人連絡先 電話番号	

上記の者を代理人とし、下記の権限を委任します。

記

国民健康保険についての

に関する権限

入善町長 様

年 月 日

委任者の国民健康保険 被保険者番号	
委任者住所	
委任者氏名	
委任者生年月日	年 月 日
委任者連絡先 電話番号	

(備考) 1 記載内容等について委任者の方に電話で確認させていただく場合があります。

2 代理人(窓口に来られる方)の本人確認できるものを、必ずご持参ください。

(本人確認できるもの)

マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等

健康保険証、年金証書等の場合は、2点以上必要

## 委任状

\*必ず委任する方がご記入ください。

代理人住所	富山県富山市新総曲輪1番7号
代理人氏名	県庁 太郎
代理人生年月日	昭和45年5月 5日
代理人連絡先 電話番号	XXX-XXX-XXXX

上記の者を代理人とし、下記の権限を委任します。

## 記

国民健康保険についての

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請

に関する権限

入善町長 様

令和 6 年 10月 28日

委任者の国民健康保険 被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
委任者住所	入善町入膳423							
委任者氏名	入善 太郎							
委任者生年月日	昭和50年1月1日							
委任者連絡先 電話番号	XXX-XXX-XXXX							

(備考) 1 記載内容等について委任者の方に電話で確認させていただく場合があります。

2 代理人(窓口に来られる方)の本人確認できるものを、必ずご持参ください。

(本人確認できるもの)

マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等  
健康保険証、年金証書等の場合は、2点以上必要