

委任状

代理人 (窓口に来る方)	氏名	生年月日 年 月 日
	住所	
委任者との続柄	親族(続柄:)・担当民生委員・近隣協力者・施設職員 成年後見人・ケアマネージャー・友人・その他()	
委任内容	マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請	

松前町長 あて

私は、上記の者を代理人と定め、権限を委任します。

年 月 日

委任者	氏名	生年月日 年 月 日
	住所	
	連絡先(電話)	

※ この委任状は、委任者本人が全て記入してください。

※ 代理人の方は、下記のものをご持参ください。

・本人確認書類

顔写真ありの公的身分証明書の場合：1種類(運転免許証、マイナンバーカード、パスポート等)

顔写真なしの公的身分証明書の場合：2種類(医療保険証、介護保険証、国民年金手帳等)

・その他必要書類

成年後見人の場合：登記事項証明書等

入所施設職員等の場合：職員証等