

令和 年 月 日

委 任 状

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

私は、上記の者を代理人と定め、下記証明書の交付申請及び受領における一切の権限を委任いたします。

記

1. 被保険者証
2. 限度額適用・標準負担額減額認定証
3. 限度額適用認定証
4. 特定疾病療養受療証
5. マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除

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

印