

委任状

令和 年 月 日

高知市長 様

《 委任者 》

住所

氏名

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係る手続きの一切を、以下の者に委任します。

《 受任者 》

住所

氏名

ご注意いただきたいこと

- ① 委任状は全て「委任者」がご記入ください。
- ② 成年後見人等が申請する場合は、委任状の代わりに「登記簿謄本(写)」が必要です。
※ 登記簿謄本は発行から3か月以内のもの。
- ③ 解除対象者が18歳未満の方の場合は、委任状は不要です。
- ④ 委任状の記載が困難な場合は、保険医療課 資格賦課担当までご相談ください。

高知市役所 保険医療課 資格賦課担当 ☎ 088-823-9360