

委任状

令和 年 月 日

代理人

住所

氏名

私(私たち)は、上記の者を代理人に定め、下記の権限を委任します。

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について

委任者(解除希望者)

1	住所	福岡市	☐ 代理人に同じ
	氏名	(自署)	
	電話番号		
2	住所	福岡市	・ 代理人 / 委任者() に同じ
	氏名	(自署)	
	電話番号		
3	住所	福岡市	・ 代理人 / 委任者() に同じ
	氏名	(自署)	
	電話番号		
4	住所	福岡市	・ 代理人 / 委任者() に同じ
	氏名	(自署)	
	電話番号		
5	住所	福岡市	・ 代理人 / 委任者() に同じ
	氏名	(自署)	
	電話番号		

※ この委任状のほかに、委任者(解除希望者)及び代理人の本人確認ができる書類の提示が必要です。
(マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等の公的機関が発行した顔写真付きの証明書。いずれも写し可能)

※ 委任状の偽造又は偽造した委任状の行使をしたときは、刑法第159条、第161条により罰せられます。

※ 利用登録の解除を申請した方には、保険者から世帯主あてに資格確認書を交付します。
解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書の持参が必要です。

※ 解除申請後、マイナポータルとに反映されるまでにおよそ2か月かかります。その間に、別の医療保険者等に加入することになった場合、新しく加入する医療保険者等に対し、自身が以前加入していた医療保険者等で解除申請を行ったことを申し出るとともに、資格確認書の申請を行うようにしてください。