

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書

滋賀県大津市

令和 年 月 日

解除申請者

住所			
氏名			
連絡先		生年月日	

解除対象者

被保険者記号・番号・枝番	滋大	(枝番)
住所	<input type="checkbox"/> 解除申請者住所に同じ	
フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 解除申請者氏名に同じ	
生年月日	<input type="checkbox"/> 解除申請者生年月日に同じ	

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除について

- マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を申請します。
- 「マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を申し出される方へ」を読み、理解しました。

署名 _____

解除を希望する理由 [_____]

(事務処理欄) 本人確認書類【マイナンバーカード・その他 ()】

「解除を申し出される方へ」を交付したか 番号・枝番は正しいか

別世帯の方が申請される場合、委任状と本人確認書類(委任者・受任者)が添付されているか

受付場所	受付者	入力	入力確認	確認書発行要否
・本庁				<input type="checkbox"/> 要(発行者)
・支所				<input type="checkbox"/> 不要(保険証有)