（様式第１号）

マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請書

※消えない黒のボールペンでご記入ください。
※**太枠**の中のみご記入ください。

被保険者番号	０６－

藤　沢　市　長

申請年月日　　年　　月　　日

申請者

住所　□解除する人と同じ

氏名　□解除する人と同じ

電話　（　　）

解除する人との続柄

次のとおり申請します。

※本人以外の場合、所定の委任状が必要です。（法定代理人を除く）

解除する人	フリガナ		生年月日	昭・平・令　年　月　日
	氏名			
	住所	藤沢市		
	利用登録の解除についての同意欄	□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。 解除する人 本人署名 法定代理人(※) 氏名 ※15歳未満の方の親権者、成年後見人（代理権を確認できる書類が必要です。）		
	資格確認書について	有効な資格確認書の有無	有□→ 有効期限まで使用可能です。 無□→ 資格確認書が交付されます。	※利用登録の解除後は、有効期限内で券面記載事項に変更のない資格確認書をお持ちであれば引き続き使用することができます。紛失等の場合は再交付申請が必要です。医療機関等を受診される際には資格確認書の持参が必要です。
	注意事項	※マイナンバーカードの健康保険証利用登録により、ご本人の医療情報の漏洩等セキュリティ上のリスクが生じることはありません。 ※マイナンバーカードにより医療機関等を受診することで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報のデータに基づいたよりよい医療を受けることができます。		

〔市役所使用欄〕

本人確認	免・パ・個C・在C・資・年・キャ・診・他（　　） □ 有効期限OK　□ 委任状（別世帯・第三者のみ）					
備考	□ 同日届出[　　]					
申　告	有・無	受付	入力	入力確認/発行	審査	交付
収	口座・自主・特徴 T（無・有）					□手渡し □郵送(〒　/　)