

記入例

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。
※太わくの中のみご記入ください。

被保険者番号 06-00000000

藤 沢 市 長

申請年月日 0000 年 00 月 00 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

0000 (00) 0000

解除する人
との続柄

本人(※1)

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)

フリガナ	ギョウセイ タロウ	生年月日	昭和 平 令
氏名	行政 太郎		00 年 00 月 00 日

住所 藤沢市 朝日町1-1

解
除
す
る
人利用登録
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。

必ず✓を入れてください

解除する人
本人署名法定代理人(※)
氏名解除申請者が15歳以上の場合は
本人が署名してください※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。)法定代理人が申請する場合は
①②とも法定代理人が記入してください(※2)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。必ずどちらかに
✓を入れてください※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。)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
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	(※1) 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) (※2) 法定代理人(15歳未満の方の親権者、成年後見人)が申請する場合は 戸籍謄本(藤沢市内で同一世帯の場合を除く)や登記事項証明書など 代理権を確認できる書類が必要です。					
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(徴収へ)					☐ 手渡し ☐ 郵送(〒 /)