

広島市国民健康保険マイナ保険証利用登録解除申請書

広島市 区長

解除申請者記入欄 ※解除申請者の情報を記入してください。

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	被保険者記号・番号等 ※枝番を含め、全て正確に 記載してください。	記 号		番 号		枝 番		
	フリガナ				生年 月日	年	月	日
	氏名				電話 番号			
	住所							
	保険証の保有 状況	※ 当てはまる方に <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。 <input type="checkbox"/> 有効期限内の有効な保険証を持っている。 <input type="checkbox"/> 有効期限内の有効な保険証を持っていない。(紛失・破損、新規加入等)						
	解除を希望す る理由	※ 当てはまる方に <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。 <input type="checkbox"/> マイナ保険証で受診しないため。 <input type="checkbox"/> その他 ※括弧内に理由を御記入ください ()						
	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	※ 解除を希望する方御本人が御記入ください。 <input type="checkbox"/> 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。						
署名（又は記名+押印） : _____ (印)								

※ 郵送申請の場合、本人確認書類（マイナンバーカード等）の写しを添付してください。

代理人記入欄 ※代理人が申請する場合は記入してください。

氏名	電話番号
住所（申請者と同一世帯員の場合は記入不要）	

〈職員記入欄〉 -----

担当者確認欄			
受付方法	本人確認書類	交付物等	交付方法
<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> チラシ	<input type="checkbox"/> 手渡
<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 資格確認書	<input type="checkbox"/> 郵送
	<input type="checkbox"/> 有効な保険証	<input type="checkbox"/> 保険証有	(/)
	<input type="checkbox"/> その他		

受付	入力	照合
/		/
係	主任	課長・所長
/		/

※ 翌日以降は取消できないため注意すること。