


広島市国民健康保険マイナ保険証利用登録解除申請書

広島市〇〇区長

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 中	番号 5 5 5 5 5 5 5	枝番 0 1
	フリガナ	コクホ タロウ		生年月日 S56 年 1 月 1 日
	氏名	国保 太郎		電話番号 082-000-0000
	住所	広島市中区国泰寺町一丁目 6 番 3 4 号		
	保険証の保有状況	※ 当てはまる方に☑チェックしてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 有効期限内の有効な保険証を持って <input type="checkbox"/> 有効期限内の有効な保険証を持って		
	解除を希望する理由	※ 当てはまる方に☑チェックしてください。 <input checked="" 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 checked="" 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）				国保 太郎 

申請者氏名に記載されている氏名の方が署名してください。
申請者本人が署名される場合は、押印は不要です。

※ 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 国保 花子	電話番号 082-000-0000
住所（申請者と同一世帯員の場合は記入不要）	
窓口に来た方の氏名を記載してください。	

〈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。