

マイナンバーカード健康保険証利用登録解除申請書

国分寺市長 殿

マイナンバーカードに係る健康保険証利用登録について、下記のとおり解除を申請します。

[1]申請人

申請日	令和 年 月 日
住所	都道 市区
	府県 町村
氏名	
生年月日	昭・平・令 年 月 日
連絡先	()

[2]解除対象者

被保険者 記号・番号	記号 37-	番号	枝番
---------------	-----------	----	----

※解除対象者が[1]申請人と別の場合は、以下に解除対象者を御記入ください。

住所	都道 市区
	府県 町村
氏名	
生年月日	昭・平・令 年 月 日
連絡先	()

[3]保険証（高齢受給者証）の保有状況

該当に○を付けてください。

保有状況	■有効な保険証を保有して（いる・いない）
	※70歳以上の方のみ ■有効な高齢受給者証を保有して（いる・いない）

※ 解除後の医療機関の受診の際には、保険証の有効期限内は保険証をご利用ください。

<市処理欄>

受付印	受付担当者	処理日	解除依頼日 解除予定月	処理担当者 処理確認者
			年 月 日	
		年 月 日	年 月末	

【代理人による申請の場合】

- 本人以外の方が申請する場合には、委任状が必要です。
ただし、保護者の方が同一世帯の18歳未満の子について申請する場合には、不要です。
- 委任状は、委任する方が自署してください。
- 申請の受付の際、代理人の方の本人確認をします。
代理人の方の本人確認書類（※）を御持参ください。
- 郵送で申請する場合には、①委任状の原本と②代理人の方の本人確認書類（※）のコピーを申請書に添付してください。

（※）本人確認書類について

- ・顔写真付身分証明書1点（個人番号カード、運転免許証等）
- ・身分証明書2点（健康保険証、介護保険証、年金手帳等）

委 任 状

私は、マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除に係る申請について、下記の代理人に委任します。

代理人	住所	
	氏 名	
	生年月日	昭・平 年 月 日
委任者	委任日	令和 年 月 日
	住所	
	氏 名	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日