



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

解除する人と同じ
住所

解除する人と同じ
氏名

電話 0000 (00) 0000

解除する人との続柄 **本人(※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)

次のとおり申請します。

| | | | |
|---|---|--|---------------------|
| フリガナ | フジサワ タロウ | | 略・平・令 |
| 氏名 | 藤沢 太郎 | | 生年月日 00 年 00 月 00 日 |
| 住所 | 藤沢市 朝日町1-1 | | |
| 解除する人 | <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。 必ず✓を入れてください | | |
| | 利用登録の解除についての同意欄 | 解除する人 本人署名 | 法定代理人(※) 氏名 |
| 被保険者証について | <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有効期限まで使用可能です。 <input type="checkbox"/> 被保険者証の再交付申請が必要です。 必ずどちらかに✓を入れてください | | |
| | 有効な被保険者証の有無 | <input type="checkbox"/> 有 → 有効期限まで使用可能です。 <input type="checkbox"/> 無 → 被保険者証の再交付申請が必要です。 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) | |
| 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発生す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・保・年・キャ・診・他() | | | | | | | | |
| 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、成年後見人等)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 | 窓受付 | 解除入力 | 確認書発行 | 審査 | <input type="checkbox"/> 手渡し | 交付/発送 | 審査 | はがし |
| 収 | 口座・自主・特徴 T(無・有) | | | | | <input type="checkbox"/> 郵送(〒 /) | | | |