

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書

滋賀県後期高齢者医療広域連合長 宛

令和6年 12月 2日

解 除 申 請 者	フリガナ	クサツ タロウ	生年月日	昭和20年 1月 1日
	氏名	草津 太郎		
	住所	(郵便番号 525 - 0034)		
		草津市草津三丁目13-30		
	電話番号	077-000-xxxx		
	被保険者番号			
<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： <u>草津 花子</u>				
代理申請の場合は代理人が署名				

解除申請者(本人)が記入

(解除を希望する理由)

理由を記載

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請について、次の者に委任します。

代 理 人	フリガナ	クサツ ハナコ	生年月日	昭和40年 1月 1日
	氏名	草津 花子		
	住所	(郵便番号 -)		
		同上		
電話番号	090-000-xxxx			

解除申請者(本人)が記入

<input type="checkbox"/> 郵送	受付	入力	証発行	照合
<input type="checkbox"/> 本人確認 ()				