

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

年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ		生年月日	年	月	日	
	氏名						
	住所	(郵便番号 -)					
	電話番号						
	被保険者番号						
<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： _____ 代理申請の場合は代理人が署名							

(解除を希望する理由)

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		生年月日	年	月	日	
	氏名						
	住所	(郵便番号 -)					
電話番号							

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