

## 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

草津市長 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				
	被保険者記号番号	滋草			
<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（未成年者の場合は親権者）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	受付	入力	証発行	照合
<input type="checkbox"/> 本人確認 ( )				