

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

解除	フリガナ	オダワラ ハナコ	生年月日	昭和 平成 令和 251年 5月 5日		
	氏名	小田原 花子 / 代理人氏名		0465-33-1845 / 代理人番号		
申請者	住所	小田原市 荻窪 300 番地	電話番号	0465-33-1845 / 代理人番号		
	被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。	被保険者等記号 07	番号	1234567		枝番 1
	<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: 小田原 花子		解除者本人の 名前		解除者本人の 枝番も含め 全て正確に記載		

住民票がある住所を記入
小田原市長 殿

代理人による申請の場合
解除者と代理人の氏名を記入

代理人による申請の場合
解除者と代理人の電話番号を記入

✓チェックを入れる

(注) 本人以外の方(代理人)が申請する場合は、同一世帯であっても委任状が必要です。
 代理人による申請の場合は、氏名と電話番号欄に、解除対象者及び代理人の氏名と電話番号を記載してください。