

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

水戸市長 様

私は、マイナンバーカードの国民健康保険証利用登録の解除を申請します。

申請日 年 月 日

記号番号			枝番	
解除対象者	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日	昭和 平成 西暦 令和	年	月 日
	住 所			
	電 話 番 号	— —		

代理人	フリガナ			
	氏 名			
	電 話 番 号	— —		
	解除対象者との関係			

(解除を希望する理由) ※任意

備考

- 1 解除対象者以外が申請をする場合は、【代理人】欄もご記入ください。
- 2 代理人が解除対象者と別世帯の場合は、委任状または申立書の提出が必要です。
- 3 利用登録解除後、マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」画面に反映されるまで時間がかかります。
- 4 利用登録解除後、マイナ保険証を利用するためには再度利用登録が必要です。
- 5 郵送にて申請をする場合は、本人確認書類（運転免許証またはマイナンバーカード表面等）の写しを添付してください。

※下記の欄は、市で記入しますので、記入しないでください。

受理年月日	宛名番号	資格確認書交付日 ☐ 要 ☐ 不要 窓口 ・ 郵送	受付	入力
☐ 免許 ☐ マイナ ☐ その他 () No.				