

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

申請を
記入した日

「保険証」・「資格確認書」・「資格情報のお知らせ」に記載されている
番号・枝番を記入(記号:水戸は省略で可)

申請日 令和6年10月28日

記号番号	10桁の数字	5001234567	枝番	00	
解除対象者	フリガナ	ミトウメ			
	氏名	解除の対象となる方の氏名			
	生年月日	昭和 西暦	平成 令和	2000年3月10日	解除の対象となる方の生年月日
	住所	解除の対象となる方の住所			
	電話番号	解除の対象となる方の日中連絡のつく電話番号			

代理人	フリガナ	ミトハナ
	氏名	代理で申請手続きをする方の氏名
	電話番号	029-232-9526
	解除対象者との関係	続柄等

(解除を希望する理由) ※任意

解除を希望する理由を記入

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	受付	入力
		<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 窓口・郵送		
<input type="checkbox"/> 免許 <input type="checkbox"/> マイナ <input type="checkbox"/> その他 ())		No.		