

太枠の中を記入してください

年 月 日

マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除について

- ※ 利用登録を解除するマイナンバーカードは、本人確認を行い、資格確認を行っていただく必要があります。
- ※ 利用登録解除希望者について記入
- ※ 利用登録解除希望者のマイナンバーカード（顔写真がある面）の写しを添付
- ※ 代理人が申請する場合は代理人欄の記入と代理人の本人確認書類の写しが必要
- ※ 健康保険証の利用登録を再度利用登録の手続きを行うことは可能です。

解除申請者（被保険者）	氏名	伊賀 にな太		生年月日	S40 年 2 月 22 日		
	住所	伊賀市四十九町 3 1 8 4					
	記号番号（枝番）	1234567	(01)	連絡先	090-0000-0000		
代理人	氏名	上野 しのぶ		連絡先	0595-00-0000		
	住所	伊賀市上野丸之内116			申請者との関係	子	
(解除を希望する理由)							
☐ 特別な事情によりマイナンバーカードや暗証番号の管理ができないため ☐ 不正利用・情報漏洩の懸念があるため ☐ マイナ保険証に不便さを感じるため ☐ その他（							
解除理由で当てはまるものに✓をつける							

※申請書は解除申請者または代理人が自署してください。

【市役所記入欄】	受付印
市記入欄	