

## マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請書

世田谷区長 へ

次のとおり、  
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。

世帯の記号番号						
12						

申請年月日	年	月	日			
申請者	氏名	(フリガナ)		電話番号		
	住所					

対象者（どなたのマイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除しますか。）

住所	(申請者と同じ住所のときは、記入不要)					
	世田谷区	丁目	番	号	電話番号	( )
	氏名			生年月日		年齢
1	(フリガナ)			年 月 日		歳
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
2	(フリガナ)			年 月 日		歳
3	(フリガナ)			年 月 日		歳
4	(フリガナ)			年 月 日		歳
5	(フリガナ)			年 月 日		歳

資格確認書の交付を希望します。

※ 利用登録の解除後、有効期限内の保険証や資格確認書等をお持ちでない方は、必ずチェックをしてください。

(職員記入欄)									
本人確認					交付方法		受付	入力	確認
個人番号 カード	免許証	パスポート	在留 特永証		窓 口	郵 送			
記事欄									