マイナンバーカードの国民健康保険証利用登録の解除申請書

令和６年　　１２月　　２日

（提出先）松山市長

世帯主	住所	松山市　　二番町四丁目７番地２
	氏名	松山　太郎
	TEL	０８９－９４８－６３６３

世帯主の住所・名前・生年月日を記入してください。

来庁者	住所	同上　・　松山市
	氏名	同上　・
	TEL	同上　・

国民健康保険の番号をご記入ください。

被保険者等記号	松国保	番号	100001

（フリガナ） 解除対象者氏名	生年月日	枝番	資格確認書の交付
ﾏﾂﾔﾏ　ﾀﾛｳ 松山　太郎	(S)・H・R　26年１月１日	01	一　・　高　・　特
ﾏﾂﾔﾏ　ﾊﾅｺ 松山　花子	(S)・H・R　45年　２月　２日	02	一　・　高　・　特
ﾏﾂﾔﾏ　ｷﾖﾐ 松山　清見	S・(H)・R　10年　10月10日	03	一　・　高　・　特
	S・H・R　年　月		一　・　高　・　特
	S・H・R		特

名前・フリガナ・生年月日・国民健康保険の枝番をご記入ください。

解除を希望する理由

資格確認書での病院受診を希望のため

※利用登録を解除すると、マイナンバーカードによる資格確認を行うことはできなくなります。
※解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書の持参が必要です。
※状況により、保険証・資格確認書の交付を行うことができない場合があります。
※能で行う[illegible]ん。[illegible]がで[illegible]ご自身の[illegible]

解除を希望する理由をご記入ください。
（例）資格確認書での病院受診を希望のため
マイナ保険証を利用したくないため
…等々

内容をご確認いただき、チェックマークを入れてください。
署名は申請書を記入した方の名前を記入してください。

マイナンバーカードの国民健康保険証利用登録解除について

☑ 上記対象者の利用登録解除について同意を得ています。
☑ 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　　松山　花子

資格確認書交付年月日	年　月　日				受付印
本人確認書類	マイナンバーカード　免許証　パスポート 身障手帳　在留カード　その他（　　）				
交付方法	□窓口　□郵送	照合	入力	受付	