

マ (《記入例》赤字のところが記入していただく部分です。

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			
記号番号	医 00 - 12345	(准)組合員 氏名	国保 太郎
解除を希望する者	氏名	続柄	解除を希望する理由
	国保 太郎	本人	マイナ保険証を利用しないため
住所	〒 6 1 1 - 0 1 2 3 京都府宇治市〇〇町△△789番地の2 ハイツ××102号		
<p>上記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。</p> <p>また、この解除作業を行うため、社会保険診療報酬支払基金及び公益社団法人国民健康保険中央会が保有する利用者証明用電子証明書のシリアル番号をデジタル庁へ提供することに同意します。</p> <p>京都府医師国民健康保険組合理事長様</p> <p>令和 6年 4月 1日</p> <p>組合員氏名 (事業主名) 京 都 太 郎</p>			
			<p>事業主の署名 法人事業所の場合は理事長の署名</p>

提出者(事業主、または、准組合員)以外の代理人(社会保険労務士等)が提出をされる場合は、下記の委任欄の記入と提出をされる方の身元確認書類が必要です。

【委任欄】

私は、下記の者を代理人と定め、この申請を依頼します。

令和 年 月 日

受任者 (代理人)	氏名
委任者 (提出者)	氏名

組合員 記入欄	本人確認	確認書類廃棄	
	番号確認		身元確認
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード(裏) <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 その他()		<input type="checkbox"/> マイナンバーカード(表) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート 次の2点 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 源泉徴収票 <input type="checkbox"/> 納税通知書 その他()