

常務理事	事務長	事務次長	担当

健康マイポータル登録解除申請書

保険証 記号番号	—	ふりがな	
		被保険者 氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	電 話 先 連 絡 先	()
自宅住所	〒 —		
事業所 名 称		事 業 所 話	()
事業所 住 所	〒 —		
登録解除理由			
添付書類	申請者ご本人の健康保険被保険者証(健康保険証)の写し		

上記のとおり健康マイポータル登録解除をお願いいたします。

年 月 日

なお、必要があれば改めてID・仮パスワードの交付申請をおこないます。

神奈川県機器健康保険組合理事長 殿

【注 意】

※申請の際は、必ず、被保険者本人の申請にてお願いいたします。

※申請は郵送にてお願いいたします。

〒231-0015
神奈川県横浜市中区尾上町4-47
神奈川県機器健康保険組合
TEL 045-641-7713
FAX 045-641-3176