

「うおぬま・米(まい)ねっと」利用中止申請書

(申請先) 特定非営利活動法人 魚沼地域医療連携ネットワーク協議会 あて

私は、うおぬま・米ねっとを利用していましたが、利用の中止を申請します。

※米ねっとカードの返却を併せてお願いいたします。

※保険証等に貼ってあるシールを剥がしていただくようお願いいたします。

【利用者記載欄】				申請日		年		月		日	
(フリガナ)											
利用者氏名	(氏)					(名)		性別		男・女	
生年月日	大正・昭和・平成・令和					年		月		日生	
住所	〒 -					市・町・村					
電話番号	()					※市外局番からご記入下さい ※携帯電話でも可					
うおぬま米ねっと ID番号						カード 添付		<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他			
中止する理由	<input type="checkbox"/>		自己都合								
	<input type="checkbox"/>		同意者の死亡								
	<input type="checkbox"/>		その他 ()								

代理記入者 (利用者以外の方が 記入する場合)	代理人名	(名字)				(名前)				(続柄)			
	電話番号	()										※携帯電話	

..... 【以下受付窓口・事務局処理欄】申請者は以下の欄には記入をしないで下さい。

受付窓口	受付機関名							受付者				免・保・旅・力・診・身 他 ()	
事務局	ID							受付	点検	承認	-	年 月 日	