

横浜市鶴見区地域医療介護連携ネットワークシステム構築協議会 行

「サルビアねっと」サービス利用終了届

私は「サルビアねっと」のサービス利用の終了を申請します。

*は、記入必須です。
「申込者氏名」もしくは「代理人氏名」は自筆でのご記入をお願いします。

		記入日		西暦		年		月		日			
現在の情報	申込者氏名*		(フリガナ)		代理人氏名		(フリガナ)		続柄 家族(内縁含)、後見人・保佐人、介護職員等				
	生年月日*		西暦 大正 昭和 平成		年		月		日		性別*		
	住所*		〒		神奈川県		横浜市		鶴見区		都・道・府・県		
	電話番号*		-		-		e-mailアドレス				@		
	健康 保険	被保険者番号*		(みほん内の①を記入)									
		保険者番号*		(みほん内の②を記入)									
介護 保険	被保険者番号		(みほん内の③を記入)										
	保険者番号		(みほん内の④を記入)										
申請時の情報	申込者氏名*		(フリガナ)		代理人氏名		(フリガナ)		続柄 家族(内縁含)、後見人・保佐人、介護職員等				
	生年月日*		西暦 大正 昭和 平成		年		月		日		性別*		
	住所*		〒		神奈川県		横浜市		鶴見区		都・道・府・県		
	電話番号*		-		-		e-mailアドレス				@		
	健康 保険	被保険者番号*		(みほん内の①を記入)									
		保険者番号*		(みほん内の②を記入)									
介護 保険	被保険者番号		(みほん内の③を記入)										
	保険者番号		(みほん内の④を記入)										

現在の情報と申請時の情報を記入してください。(申請時の情報はわかる範囲でお願いします)

所定の手続き終了後、本申込者情報や履歴はサルビアねっとから削除されるため、サルビアねっとの参加施設から、

本申込者の情報や履歴は参照できなくなります。

【ご提出後の注意事項】

保険証に添付したサルビアねっと参加のシールは、ご自身ではがして廃棄してください。

受付者記入欄	
受付日	西暦 年 月 日
所属部署名	
対応者名	