

退 会 届(患者様用)

東京都医師会 殿

平成 年 月 日

私は、「ほっとライン」より上記の日付をもって退会いたします。

申込者記入欄(ご本人による申込の場合)

ふりがな	性別	生年月日
患者様氏名 印	□男 □女	M・T・S・H 年 月 日
ほっとライン ID		
現住所		電話番号/Ｅメール
(〒 -)		Tel (- -) e-mail @

代理人記入欄(代理の方による申込の場合)

ふりがな	患者様との続き柄
代理人氏名 サイン 印	
現住所	電話番号/Ｅメール
(〒 -)	Tel (- -) e-mail @

※患者様による記入は不要です。(医療関係機関記入欄)

医療機関 ID(OID)	確認医療関係機関	確認者	本人確認方法
1.2.840.114319.5.4.			1.保険証 2.免許証 3.パスポート
ほっとライン ID			