

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

沼 田 市 長 様

令和 年 月 日

解 除 対 象 者	フリガナ				生 年 月 日	大正・昭和			
	氏名					平成・令和	年	月	日
	住所	(〒 -)							
	電話番号								
	被保険者記号・番号	記号	番号			枝番			
		沼							
マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除について	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を求めます。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。 ※利用登録を解除すると、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を行うことはできなくなります。 ※利用登録の解除を申請した方には、保険者から資格確認書を交付します。解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書の持参が必要です。 ※利用登録解除後、マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」画面に反映されるまで、時間がかかる場合があります。 ※健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録の手続を行うことは可能です。健康保険証の利用登録は、マイナポータルやセブン銀行 ATM のほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカードリーダーから行うことができます。 署名： _____								

申 請 者	対象者と同じであれば、右の□にチェックを入れてください。			<input type="checkbox"/> 対象者と同じ	
	氏名			対象者との関係	
	住所				
	電話番号				

(備考) 代理人により申請する場合は、「解除対象者」及び「申請者」の欄に記入してください。なお、代理人が解除対象者の同一世帯員以外の場合は、委任状が必要です。

(注) 解除申請後から解除がなされるまでの間(1~2か月程度)に、別の医療保険者等に異動した場合は、異動後の医療保険者等に対し、自身が以前に加入していた医療保険者等に対して解除申請を行った旨を申し出るとともに、資格確認書の申請を行うようにしてください。

下の欄には記入しないでください

カード確認 (コピー添付)	資格確認書交付	受付者
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他	要 (窓口交付 ・ 郵送)	
	不要	