

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

伊奈町長 あて

令和 年 月 日

届出者	氏名		解除申請者との関係	
	住所		連絡先	

※解除申請者本人以外が申請する場合に記入してください。

解除申請者	フリガナ		生年 月 日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日		
	氏名					
	住所	埼玉県北足立郡伊奈町				
	連絡先					
	被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。	被保険者等記号	番号	枝番		
	(解除を希望する理由)					
	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申請します。 ※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、1～2か月程度時間がかかる場合があります。  署名： _____				

(備考) 代理人により申請する場合は、届出者欄に代理人の氏名、住所等を記入のうえ、委任状を提出してください。

(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。