

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（国民健康保険）

三豊市 様

令和 年 月 日

解除対象者	フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和		
	氏名			年 月 日		
	住所	三豊市				
	連絡先	電話番号				
	被保険者等記号・番号	被保険者等記号	番号	枝番		
		香川 47				
申請者	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。 <ul style="list-style-type: none"> ・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。（または有効な保険証持参。） ・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ります。 <p style="text-align: right;">申請者署名： _____</p> <p>※申請者が本人でない場合、次の欄を記入してください。</p> <p>申請者住所： _____</p> <p>申請者生年月日： _____ 電話番号： _____</p>				

（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。

委任欄

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請および資格確認書交付について、

〔(申請者氏名) _____〕に委任します。

令和 年 月 日 委任者（解除対象者）署名： _____

代理人の住基上の世帯確認	申請者の本人確認	確認	受付
<input type="checkbox"/> 同世帯である <input type="checkbox"/> 同世帯でない → 委任状	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 上記チェック欄（申請者）のレ点 <input type="checkbox"/> 資格確認書交付 （保険証が無い場合必須） <input type="checkbox"/> 限度額認定証交付（希望者のみ）	