

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

東浦町長 宛て

年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ			生年月日	昭和・平成 令和 年 月 日		
	氏名						
	代理人 氏名			代理人 連絡先	() -		
	住所	〒 -					
		愛知県知多郡東浦町大字					
	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		
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	☐ 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。 ※解除後、医療機関・薬局を受診等される際には国民健康保険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ります。 署名：_____						

(解除を希望する理由)	
有効期限内の資格確認書をお持ちですか	はい ・ いいえ

(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。

<職員記入欄>

受付方法 ☐ 窓口 ☐ 郵送	本人確認書類 ☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 障がい者手帳 ☐ その他 ()	交付物等 ☐ 資格確認書	交付方法 ☐ 手渡 ☐ 郵送 (/)	入力日（後日） (/)
--	---	--	---	----------------------