

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

土 岐 市 長 様

令和 年 月 日

次のとおり申請します。

フリガナ	
届出者氏名	
住所	(〒)
連絡先	自宅・携帯・職場 () -
解除申請対象者との関係	☐ ①本人もしくは解除申請対象者と住民票上同一の世帯に属している ☐ ②その他（代理人等※）

※ ②の場合は、委任状が必要です。

〈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〉

☐下記について、解除申請対象者の承諾を得ています。

- ・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。

被保険者記号・番号		
解 除 申 請 対 象 者	フリガナ	
	氏 名	☐ 届出者と同じ
	住 所	☐ 届出者の住所と同じ 土岐市
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
	フリガナ	
	氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	

(裏面あり)

