

記入例

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

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

令和 ○年 ○月 ○日

解 除 申 請 者	フリガナ	トダ タロウ			生年 月日	大正・ 昭和			
	氏名	戸田 太郎				24年 1月 1日			
	住所	(郵便番号 335 8588)							
		埼玉県	都道	戸田	市区	府県 町村			
	上戸田1丁目18番1号								
	連絡先	048-441-1800							
	被保険者番号	1	1	1	1	1	1	1	1
マイ ナ ン バ ー カ ー ド の 利 用 登 録 の 解 除 申 請	<input checked="" 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受ける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、 <u>1～2か月程度</u> 。 署名： 戸田 花子								

記載の注意事項を確認し、チェックしてください

本人申請の場合は本人の署名、
代理人申請の場合は代理人の署名

代理人により申請する場合は、次の欄も記載してください。

届出者名	戸田 花子	本人との関係	妻
届出者住所	同上	連絡先電話番号	同上

(注) 解除申請後から解除されるまでの間(1～2か月程度)に、別の医療保険者等に異動した場合は、異動した医療保険者等に異動届を提出し、解除申請を行う前に加入していた医療保険者等に対して解除申請書の申請を行うようにしてください。

代理人申請の場合は記入してください。