

## 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

桶川市長

年 月 日

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	桶川市				
	電話番号					
	被保険者記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。	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	<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。 署名： _____  ※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。 ※利用登録解除申請後、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一定の時間がかかります。（申請日の翌月末日） ※解除申請後から解除がなされるまでの間（申請日の翌月末日まで）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。					

(備考) 代理人により申請する場合は、代理人の氏名、連絡先をご記入ください。

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

事務処理欄	
初回登録月	令和 年 月 ※同月解除に注意
宛名番号	