

記入例

- ①申請できる人  
 解除申請者本人、同居の家族等の代理人  
 ②申請に必要なもの  
 申請する人(または代理人)の身分証明書(運転免許証、マイナンバーカード、パスポート等)  
 ※確認できない場合は「資格確認書」を後日郵送します。

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

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ	オケガワ タロウ	生 年 月 日	大正・昭和 平成 令和 6年 11月 3日		
	氏名	桶川 太郎				
	住所	桶川市 泉1-3-28				
	電話番号	048-786-3211				
	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。	記号	番号	枝番		
		桶11	1111	01		
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 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。 署名： <u>桶川 太郎</u>  ※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 桶川 花子 連絡先 048-788-4941