

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

取手市長 殿

解 除 申 請 者	フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和	
	氏名			年	月
	住所	取手市			
	電話番号				
	被保険者証記号・番号	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の利用登録の解除を求めます。 ※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・薬局を受診等を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、1～2か月程度時間がかかる場合があります。 年 月 日 署名：				
(解除を希望する理由)					
届出人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> (未成年のみ) 同世帯の世帯主等 氏名： <input type="checkbox"/> 代理人 氏名： 住所： 電話番号：				

(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。

(事務処理欄)

本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他( )	受付者	
委任状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入力者	
資格確認書	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 交付不要		