

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

龍ヶ崎市長 様

申請日： 年 月 日

解除申請	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名				
	住所	(郵便番号 -)		都道	市区
				府県	町村
		施設(建物)名等			
	連絡先	電話番号			
	記号・番号	記号・番号・枝番号			
龍			枝番号		
マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除に関する留意事項	<p>1. 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。</p> <p>2. 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、医療機関等を受診される際には資格確認書の提示が必要です。</p> <p>3. 利用登録解除の申請後、マイナポータルの「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か月程度お時間をいただく場合があります。また、登録解除の完了に関する文書等の通知はございません。</p> <p>4. 健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録の手続を行うことは可能です。</p> <p>5. 解除完了までの間(1~2か月程度)に、別の保険者に加入した場合は、解除申請を行っていることを伝え、資格確認書の交付をお願いしてください。</p> <p>上記までの留意事項についてご納得いただいた場合、下記の□にチェック☑を書き入れてご署名をお願いいたします。</p> <p><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。</p> <p>(申請者が希望者以外の場合)</p> <p><input type="checkbox"/> この申請について、希望者の同意を得ています。</p> <p style="text-align: right;">申請者： _____</p>				

解除希望理由	
--------	--

※同一世帯以外の方の申請の場合、委任欄の記入と認印(スタンプ印不可)が必要です。

<p>委任欄</p> <p>私は、 _____ を代理人と定め、マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請に関する一切の権限を委任します。</p> <p>委任者 住所： _____ 氏名： _____ 印</p>

確認欄： マイナンバーカード 運転免許証 パスポート その他 ()