

# 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

記入例

令和 ○年 ○月 ○日

解 除 申 請	フリガナ	ニイザ タロウ		生年 月日	大正・昭和				
	氏名	新座 太郎			24 年 1 月 1 日				
	住所	(郵便番号 352 — 8623 )							
		埼玉県	都道 府(県)	新座	市区 町村	野火止 1-1-1			
連絡先	048-477-1111								
	マイナンバー	1	2	3	4	5	6	7	8
	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。 ※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> 時間がかかる場合があります。							
	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	署名： 新座 花子							

下記の注意事項をお読みになって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	新座 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

・本人及び同じ世帯の方は  
本人確認書類  
・上記以外の方は本人確認書類と委任状  
が必要です

(1～2か月程度)に、別の医療保険者等に異動した場合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資格確認書の申請を行うようにしてください。