

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

(宛先) 浦安市長

令和 年 月 日

解除申請者	フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和		
	氏名					
	住所	(郵便番号 -)				
		浦安市				
	連絡先	電話番号				
		Email				
被保険者等記号・番号 ※番号・枝番は、被保険者証又はマイナポータルでご確認ください。	被保険者等記号	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。 【以下の点をご確認いただき、チェック☑してください】 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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か月程度かかります。 <input type="checkbox"/> 利用登録解除が完了となったことは、ご自身でマイナポータルにて確認してください（個別に文書等による通知は行いません） <input type="checkbox"/> 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、浦安市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ってください。					
署名： _____						

届出人	<input type="checkbox"/> 解除申請者と同じ(以下の項目は記入不要です)	
	氏名	解除申請者との関係
	住所	※本人以外の申請には委任状が必要です (同一世帯の方が未成年者の解除を代理で申請する場合を除く) 電話番号

浦安市使用欄

申請者(届出人)確認書類	システムへの入力	受付
免許証・パスポート・個人番号カード・在留カード その他 ()	済	