

記載例

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) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

令和 ○年 ○月 ○日

解除申請者	フリガナ	コウイキ タロウ	生年月日	T・S24年 1月 1日
	氏名	広域 太郎		
	住所	〒000-0000 千葉県浦安市〇—〇—〇		
	電話番号	090-1234-5678		
	被保険者番号	12345678		
	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 ※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、 <u>1～2か月程度</u> 時間がかかる場合があります。		
代理人	氏名	広域 花子	本人との関係	妻
	住所	同上	電話番号	080-1234-5678

本人が申請する場合は代理人欄の記載は不要です。

署名： 代理人 広域 花子

本人が申請する場合は「代理人」の記載は不要です。本人氏名を自署してください。

郵送の場合は、本人確認書類のコピーを添付してください。

(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。

<処理欄>

受付	本人確認	代理人 本人確認	資格確認書 交付	入力	確認
/	1 個人番号カード 2 運転免許証・経歴証明書 3 パスポート 4 介護保険証 5 市からの通知 6 その他 ()		/	/	/