

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

令和 年 月 日

善通寺市長 様

○利用登録解除対象者

フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和		
氏名			年	月	日
住所	〒 善通寺市				
連絡先	-				
被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。	被保険者等記号	番号		枝番	
	香川4				

○申請者（本人の場合は記入不要）

フリガナ		本人との 関係	<input type="checkbox"/> 同一世帯
氏名			<input type="checkbox"/> その他 (続柄：)
住所	〒 -		
連絡先	- -		

※「本人」または「本人と同一世帯の者」以外が申請者の場合、申請者の本人確認書類に加え、本人からの委任状等が別途必要です。

○解除を希望する理由

○注意事項

- ・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、1～2か月程度時間がかかる場合があります。

上記の注意事項を確認したうえで、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。

署名： _____

(備考) 健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録を行うことは可能です。利用登録は、マイナポータルやセブン銀行 ATM のほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカードリーダーから行うことができます。
(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、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。