

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

和泉市長 あて

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ				生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名					
	住所	和泉市				
	連絡先	電話番号				
	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	
		和国				
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。 (利用登録の解除に伴う注意事項) ☐ 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。 ☐ 利用登録の解除後、医療機関・薬局を受診等される際には、資格確認書等の持参が必要です。 ☐ 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、2か月程度、時間がかかる場合があります。 ☐ 解除申請後から解除がなされるまでの間（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。 署名：_____ (未成年者の場合は、保護者の署名をお願いします。)						

(解除を希望する理由)	
☐ 特別な事情によりマイナンバーカードや暗証番号の管理ができないため	
☐ マイナ保険証に不便さを感じるため	
☐ 自身の意思と反して紐づけが行われたため	
☐ その他 ()	

(注意) 本人以外が申請する場合は、以下に代理人の氏名、住所及び連絡先を記載してください。
また、解除申請者からの委任状を添えてください。

届 出 人	氏名	
	住所	
	連絡先	

【市使用欄】 ※本人確認書類 ☐マイナンバーカード ☐運転免許証 ☐旅券 ☐その他 ()
 ※資格確認書 ☐交付 ☐郵送 ☐有効証あり