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

精華町長　宛

令和　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="6">解除対象者</td><td>フリガナ
氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">昭和
平成　　年　　月　　日
令和</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5">精華町</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">被保険者等記号・番号</td><td>記号</td><td colspan="2">番号</td><td>枝番</td></tr>
<tr><td>精</td><td colspan="2">―</td><td></td></tr>
<tr><td>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</td><td colspan="5">☐　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。
☐　解除を希望する理由〔　　〕
☐　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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
</table>

申請者	氏　　名	☐　対象者と同じ	対象者との続柄
	住　　所	☐　対象者と同じ	
	電話番号	☐　対象者と同じ	

※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。