

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

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	弘前市大字					
	電話番号	— —					
	被保険者記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。		被保険者記号	番 号	枝 番		
			弘 前				
	(解除理由)						
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		☐ マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を求めます。また、この解除作業を行うため、社会診療報酬支払基金及び公益社団法人国民健康保険中央会が保有する利用者証明用電子証明書のシリアル番号をデジタル庁へ提供することに同意します。 ※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ができなくなります。 ※利用登録の解除を申請した場合、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、時間がかかる場合があります。 ※健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録の手続を行うことが可能です。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。 署名: _____					
代 理 人	私は、解除申請者の代理人として 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。 ☐ 解除申請者と同じ 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____ 申請者との関係 _____						

国保年金課処理欄

本人確認欄 ☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 在留カード ☐ その他 ()	受付印	受付者	入 力	交 付
		資格確認書交付処理		
		／ 手渡し・郵送		