

マイナンバーカードの国民健康保険証利用登録の解除申請書

春日部市あて

令和 年 月 日

届 出 者	氏 名		解除申請者 との関係	
	住 所		電話番号	

解 除 申 請 者	フリガナ		生年	大正・昭和		
	氏 名		月 日	平成・令和	年 月 日	
	住 所	春日部市				
	電話番号					
	被保険者等記号・番号	被保険者等記号	番 号	枝番		
	※枝番を含め、全て正確に 記載してください。	6 1 4				
	(解除を希望する理由)					
<p>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</p> <p>※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。</p> <p>※医療機関等を受診される際には、お手持ちの国民健康保険被保険者証に記載されている有効期限までは、被保険者証を提示してください。</p> <p>被保険者証の有効期限以降は被保険者証の代わりになる資格確認書を送付いたしますので、医療機関等を受診される際には、資格確認書を提示してください。</p> <p>※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か月程度かかる場合があります。</p>						

(備考) 本人以外が申請する場合は、届出者欄に、代理人の氏名及び連絡先等を記載してください。

(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。

担当者確認欄

本人確認方法（コピー添付） <input type="checkbox"/> マイナンバーカード等 <input type="checkbox"/> 2点確認 <input type="checkbox"/> 委任状／申立書あり	郵送（ / ）			
	受付	入力	確認	交付種別
				一 般 特別療養