

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

志布志市長 様

届出日 年 月 日

解除申請者	フリガナ		
	氏名	生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日
	住所	(郵便番号 - )	
		都道府県	市区町村
	連絡先		
	被保険者等番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。	被保険者番号	枝番
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	<input type="checkbox"/> 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。 署名： _____ (解除を希望する理由)  ※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は可能です。健康保険証の利用登録は、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。		

委任状（紐付解除対象者と異なる方が申請される場合）

私は、マイナ保険証の解除に伴う申請について次の者に委任します。

なお、代理人による行為・結果に対して、委任者である私がすべての責任を負うものとします。

<受任者>

氏名： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

委任者との続柄： \_\_\_\_\_

※以下の書類を添えて申請してください。

委任者：顔写真付きの本人確認書類のコピー

受任者：顔写真付きの本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）