

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

大分市長 殿

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	大正・昭和	年	月	日
解除者氏名			平成・令和			
		電話番号				
解除者住所	〒 -					
フリガナ		生年月日	大正・昭和	年	月	日
代理人氏名 ※解除者が申請者の場合は不要			電話番号			
代理人住所 ※解除者が申請者の場合は不要	〒 -					
記号番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。	記号番号					枝番
確認事項	・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。 ・利用登録の解除を申請した方には、有効な保険証をお持ちでない場合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、<u>1～2か月程度時間がかかる場合があります。</u> ☐ 以上を確認の上、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：_____					

(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。

受付	入力	確認	発送