

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

本部町長 殿

令和 年 月 日

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	(郵便番号 -)				
		沖縄県国頭郡本部町字				
	連絡先	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。					
	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。(現行の保険証の有効期限が切れる方) 解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書(被保険者証)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。 <p style="text-align: right;">署名： _____</p>				
代理人	フリガナ					
	氏名		続柄			
	電話番号	※代理の場合は委任状が必要です(裏面)				
(解除を希望する理由) 下記の数字に○をつけてください(任意) 1. 紙の保険証(資格確認書)の交付を希望するため 2. マイナ保険証の使用が難しいため(わかりづらいため) 3. 医療機関でマイナ保険証の読み取りができなかったため 4. マイナ保険証に不安を感じているため その他 ()			(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ってください。			