

記入例

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

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

令和 ○年 ○月 ○日

解 除 申 請 者	フリガナ	トダ タロウ				生年 月日	大正・昭和				
	氏名	戸田 太郎					24年 1月 1日				
	住所	(郵便番号 335 - 8588)									
		埼玉		都道		戸田		市区		府県	
		上戸田1丁目18番1号									
	連絡先	048-441-1800									
被保険者番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
マイ ナ ン バ ー カ ー ド の 利 用 登 録 の 解 除 申 請 書	☒ 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受ける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 本人申請の場合は本人の署名、 代理人申請の場合は代理人の署名										
署名	戸田 花子										

記載の注意事項を確認し、チェックしてください

代理人により申請する場合は、次の欄も記載してください。

届出者名	戸田 花子	本人との関係	妻
届出者住所	同上	連絡先電話番号	同上

(注) 解除申請後から解除されるまでの間（1～2か月程度）に、別の医療保険者等に異動した場合、異動した医療保険者等に対して解除申請を行う場合は、異動した医療保険者等の申請を行うようにしてください。

代理人申請の場合は記入してください。