

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

三島市長 殿

年 月 日

解除対象者 (被保険者)	フリガナ		生年 月日	
	氏名			
	住所			
	電話番号			
	被保険者 番号	番 号		枝番

申 請 者	<input type="checkbox"/> 上記解除対象者本人の場合はチェックしてください。(申請者欄は記入不要です。)			
	解除対象者本人以外が申請する場合は、委任状が必要です(未成年者は除く)。			
	フリガナ		解除対象者 との関係	
	氏名			
	住所			
電話番号				

解除対象者(被保険者)のマイナンバーカードの利用登録の解除を申請します。
(解除を希望する理由)

申請にあたっての注意事項(ご確認いただき、チェックをしてください)

利用登録を解除すると、マイナンバーカードによるオンライン資格確認ができなくなります。

利用登録申請後、マイナポータル上に反映されるまでに1~2か月程度かかります。(文書等での通知はありません)

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に対して解除申請を行った旨をお伝えください。

利用登録が解除された後でも、再度利用登録の手続きを行うことができます。

(市処理欄)

申請者 確認	<input type="checkbox"/> マイナンバー <input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他()	年齢 歳	証の種類 通・短・資	受 付
-----------	---	---	---------	---------------	--------