

(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

三島市長 殿

※ の欄は全て記入してください。記入が漏れている場合、申請が受理できない場合があります。

R6 年 11月 1日

解除対象者 (被保険者)	フリガナ	ミシマ タロウ						生年月日	昭和43年11月18日
	氏名	三島 太郎							
	住所	三島市北田町4-47							
	電話番号	055-0000-0000							
	被保険者番号	0	5	0	6	1	8	7	01
	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	ミシマ ハナコ						解除対象者との関係	妻
	氏名	三島 花子							
住所	三島市北田町4-47						解除理由は必ず記載してください。		
電話番号	055-0000-0000								

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)

資格確認書を利用した保険診療を希望するため。

内容を確認いただき、□に✓をお願いします。

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"/> 運転免許証	年齢	証の種類	受付
	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> その他()	歳	通・短・資	