

福崎町国民健康保険 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

福崎町長 様		申請日	年 月 日	
※太枠内を全て記入してください				
フリガナ		生年 月 日	年 月 日	
対 象 者 氏 名				
住 所	〒 ー 福崎町 (建物名)			
電話番号				
被保険者 記号番号	記号	番号		枝番
	(なし)			
☐ 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、医療機関等でマイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うことができなくなります。 ※解除を申請した方には、資格確認書を交付します。解除後に医療機関等で受診される際は、資格確認書の持参が必要です。 ※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、時間がかかる場合があります。(1～2か月程度) ※解除した後も、再度利用登録の手続を行うことは可能です。 署名(申請者氏名) : _____				

(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
に変わった場合、異動後の保険者に対し、以前に加入していた保険者に解除
申請を行っている旨を申し出るとともに、資格確認書の申請を行って下さい。

◎対象者本人と申請者が異なる場合、対象者本人が以下の太枠内を全て記入した上で、
対象者本人の本人確認書類(写し可)と申請者の本人確認書類を添付してください。
※対象者本人が未成年で、代理申請者が保護者の場合は、記入不要です。

私()は、本解除申請について、以下の者に委任します。 なお、代理人による行為・結果に対して、委任者である私が全ての責任を負うものとします。			
代理申請者 氏 名		電話番号	
住 所		続 柄	

受付日		備考	
-----	--	----	--