

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	フクサキ タロウ		生年月日	○年 ○月 ○日
対象者氏名	福崎 太郎			
住所	〒 679 - 0000 福崎町 南田原○○ (建物名) ○○アパート 000号室			
電話番号	0790-00-0000			
被保険者記号番号	記号	番号	枝番	
	(なし)	(空欄可)	(空欄可)	
<input checked="" 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、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) : 福崎 花子				

(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へ変わった場合、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。

申請者が本人以外の場合、本人が委任欄を記入してください。(未成年のときを除く)

私( 福崎 太郎 )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	福崎 花子	電話番号	000-0000-0000	
住所	福崎町福田○○	続柄	長女	

受付日		備考	
-----	--	----	--