

課長	課長補佐	係長	課員

受付者	入力日	交付日	本庁	本人確認書類
				マイナンバーカード 免許証・パスポート その他() 無 口述

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 (国保)

(宛先) 南房総市長

年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ		生年 月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日	
	氏名					
	住所	〒 -				
	電話番号	(日中連絡がつく電話番号)				
	被保険者番号					
	マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除について	<input 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。 また、この解除作業を行うため、社会保険診療報酬支払基金及び公益社団法人国民健康保険中央会が保有する利用者証明用電子証明書のシリアル番号をデジタル庁へ提供することに同意します。 ※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行う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、 <u>1～2か月程度</u> 時間がかかる場合があります。 <div style="text-align: right;">署名： _____ 〇</div>				

届 出 人	<input type="checkbox"/> 解除申請者と同じ				
	氏名 (18歳未満の場合、法定代理人が届出すること)	本人との関係			
	住所 〒	電話番号			
(日中連絡がつく電話番号)					

注) 解除申請後から解除がされるまでの間(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等に対し、自身が以前に加入していた医療保険者等に対して解除申請を行った旨を申し出るとともに、資格確認書の申請を行うようにしてください。