

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

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（後期）

（宛先）千葉県後期高齢者医療広域連合長

● 年 ● 月 ● 日

解 除 申 請 者	フリガナ	ミナミボウソウ タロウ	生年 月日	大正・昭和 ● 年 ● 月 ● 日	
	氏 名	南房総 太郎			
	住 所	〒 ●●● - ●●●● 南房総市●●町●●番地 ●●●●号室			
	電 話 番 号	●●●-●●●●-●●●●（日中連絡がつく電話番号を記入）			
	被保険者番号	●●●●●●●●（8ケタ）			
	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	☒ 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、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1～2か月程度時間がかかる場合があります。 署名：____南房総 太郎（自署）____			

代 理 人	氏名	〒 住所	記載の必要はありません

注）解除申請後から解除がされるまでの間（1～2か月）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

