

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

(宛先) 春日市長

年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ			生年 月日	年 月 日	
	氏名					
	住所	(郵便番号 -)				
		福岡県春日市				
	連絡先	(電話番号) - -				
	被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に 記載してください。	被保険者等記号		番号		枝番
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	☐ 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ります。 ☐ 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、資格確認書の交付申請を行うようにしてください。 上記を理解した上で、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。 署名：_____					

(解除を希望する理由)	
☐ 資格確認書の交付を希望するため ☐ その他 ()	
※ なお、健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録の手続を行うことは可能です。健康保険証の利用登録は、マイナポータルやセブン銀行ATMのほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカードリーダーから行うことができます。	

代理人により申請する場合は、以下を記載してください。

代 理 人	住所	(□申請者と同じ)		
	フリガナ		電話番号	
	氏名 (続柄)	()		

-----春日市処理欄-----

利用登録確認	登録解除入力	受付	資格確認書交付	備考
有			窓口・郵便	
無 (申請不要)	.			

本人確認 (免許証・マイナンバーカード・在留カード・その他 ())

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（記入例）
（宛先）春日市長

R〇年 〇月 〇日

解 除 申 請 者	フリガナ	コクホ タロウ	生年 月日	S〇〇年 〇月 〇日		
	氏名	国保 太郎				
	住所	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇)				
		福岡県春日市原町3-1-5				
	連絡先	(電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇)				
	被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に 記載してください。	被保険者等記号		番号		枝番
	カ		0123456		01	
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	㊟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ります。 ㊟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、資格確認書の交付申請を行うようにしてください。 上記を理解した上で、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。 署名：国保 太郎 代筆					

(解除を希望する理由)

☒ 資格確認書の交付を希望するため

☐ その他 ()

※ なお、健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録の手続を行うことは可能です。健康保険証の利用登録は、マイナポータルやセブン銀行ATMのほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカードリーダーから行うことができます。

代理人により申請する場合は、以下を記載してください。

代 理 人	住所	(㊟申請者と同じ)		
	フリガナ	コクホ ハナコ	電話番号	000-0000-000
	氏名（続柄）	国保 花子 (妻)		

-----春日市処理欄-----

利用登録確認	登録解除入力	受付	資格確認書交付	備考
☒ 有 無（申請不要）	.	.	窓口・郵便	

本人確認（免許証・マイナンバーカード・在留カード・その他 ()