

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

(あて先) 那珂川市長

令和 年 月 日

解除申請者	フリガナ		生 年 月 日	昭和・平成・令和		
	氏名			年	月	日
	住所	那珂川市				
	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。	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	な				
<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。 ※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る場合があります。 ※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、資格確認書の申請を行うようにしてください。 署名： _____						

(備考) 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			
	フリガナ		電話番号	
	氏名		続柄	

事務処理欄	交付	検認	入力	本確	受付者
	月 日	月 日	月 日	免許証 MNカード その他 ()	
	窓口・〒				

受付印