

別記様式（第2条関係）

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）日高市長

令和 年 月 日

|                       |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |                      |  |  |
|-----------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------|--|--|
| 解<br>除<br>申<br>請<br>者 | フリガナ                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 生<br>年<br>月<br>日 | 昭和<br>平成 年 月 日<br>令和 |  |  |
|                       | 氏 名                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |                      |  |  |
|                       | 住 所                                                | 郵便番号 〒350-<br>埼玉県日高市                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                      |  |  |
|                       | 連 絡 先                                              | 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                      |  |  |
|                       | 被 保 険 者 記 号 ・ 番 号                                  | 被 保 険 者 記 号                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 番 号              | 枝 番                  |  |  |
|                       | ※枝番を含め、全て正確に<br>記載してください。                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |                      |  |  |
|                       | マイナン<br>バーカー<br>ドの健康<br>保険証利<br>用登録の<br>解除につ<br>いて | <div>□ 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。</div> <div>※ 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<br/>資格確認を行うことはできなくなります。</div> <div>※ 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<br/>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<br/>確認書の持参が必要です。</div> <div>※ 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<br/>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<br/>る場合があります。</div> <div>署名： _____</div> |                  |                      |  |  |

代理人により申請する場合は、次の欄も記載してください。

|         |  |                  |  |
|---------|--|------------------|--|
| 届 出 者 名 |  | 本人との関係           |  |
| 届出者住所   |  | 連 絡 先<br>電 話 番 号 |  |

（注）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。