

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

三郷市長 あて

申請日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年 月日	大・昭				年	月	日
	氏 名			平・令						
	郵便番号	〒 —								
	住 所									
	電話番号									
	マイナ保険証の利用登録の解除について	☐ 以下の事項を確認したうえで、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受ける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、医療機関等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。								
解除対象者	被保険者氏名		生年月日		国保被保険者番号（左詰め）					
			昭・平・令 年 月 日							
			昭・平・令 年 月 日							
			昭・平・令 年 月 日							
			昭・平・令 年 月 日							
			昭・平・令 年 月 日							

（注）解除申請後から解除されるまでの間（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ってください。

受付	本人確認		入力・発行	照合	発送
	個力・免許・旅券 障手・療手・在力	保証・年手・診察 聴聞・その他 ()			 ☐手渡し ☐郵 送

【郵送申請の宛先】

〒341-8501 三郷市花和田648-1 三郷市役所 国保年金課保険税係 資格担当

※解除申請書と申請者の本人確認書類のコピーを同封してください。

郵送の際は、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

類（運転免許証など）のコピーを
三郷市長 あて
必ず同封してください。

申請日を記入してください。

申請日 令和 ××年××月××日

申請者	フリガナ	ミサト タロウ		生年	大・昭	
	氏 名	三郷 太郎		日 月 年	××年××月××日	
	郵便番号	〒 ×××-××××		申請するかたの氏名、生年月日、郵便番号、住所、電話番号（自宅又は携帯）を全て記入してください。		
	住 所	●●市●●●●● ●-●				
	電話番号	***-****-****				
マイナ保険証の利用登録の解除について	☒ 以下の事項を確認したうえで、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ポータルによりオンライン資格確認を受ける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、医療機関等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。					
解除対象者	被保険者氏名	三郷 太郎		生年月日	昭・平・令 ××年××月××日	
	被保険者氏名	三郷 花子		生年月日	昭・平・令 ××年××月××日	
	解除するかたの氏名、生年月日、国保被保険者番号を全て記入してください。		年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			

（注）解除申請後から解除されるまでの間（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ってください。