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

熊　谷　市　長　宛

①

令和〇年〇月〇日

解除申請者	フリガナ	クマガヤ　　タロウ	生年月日	(昭和) 平成　　××年　　×月　　×日 令和　　③
	氏　　名	熊　谷　　太　郎　②		
	住　　所	埼玉県熊谷市宮町二丁目４７番地１　④		
	連　絡　先	048-524-〇〇〇〇　⑤		
	被保険者番号	被保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇　⑥		枝番 〇〇　⑦
	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。 ※利用登録の解除をすると、マイナンバーカードにより健康保険の資格情報の確認を行うことはできなくなります。 ※利用登録解除の申請をした方には、「資格確認書」を交付します。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にお時間がかかります。 署名：熊　谷　　太　郎　⑧		

◇代理人による申請の場合は、次の欄も記載してください。

⑩

代理人氏名	熊　谷　　次　郎　⑩	連絡先電話番号	048-524-〇〇〇〇
代理人住所	埼玉県熊谷市江南中央一丁目１番地　⑩	代理人との関係	兄　⑩

（注）解除申請後から解除がされるまでの間（２か月程度）に、別の医療保険等に異動した場合は、異動後の医療保険者等に対し、自身が以前加入していた熊谷市国民健康保険に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。

（解除を希望する理由）

⑨

※マイナンバーカー
情報のデータに基づ
※健康保険証の利用
録は、マイナポータ
リーダーから行うこ

（注意点）１～9欄を御記入ください。※代理人による申請の時は、10欄も御記入ください。
・1欄は記入した日付を御記入ください。
・2～5欄は解除対象者の情報を御記入ください。
・6・7欄は保険証であれば右上記載の番号を、資格情報のお知らせ、マイナポータルの場合は被保険者番号を記載してください。
（「110023」は被保険者番号ではありませんのでご注意ください）
・8欄は解除対象者の氏名を御記入ください。

受付	本人確認	資格確認書の交付（12/2～）	解除確認（資格担当）