

記入例

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

国保用

令和 6年 12月 2日

解除申請者	住 所	上越市 木田1-1-3			
		電話番号 ー ー			
	フリガナ	コクホ タロウ	生年月日	大正・昭和	60年12月 2日
	氏 名	国保 太郎		平成・令和	
	フリガナ		生年月日	大正・昭和	年 月 日
	氏 名			平成・令和	
	フリガナ		生年月日	大正・昭和	年 月 日
	氏 名			平成・令和	
	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。 ※利用登録の解除を申請された方には、資格確認書を交付します。 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、2か月程度時間がかかります。		
			署名: 国 保 太 郎 印 ※自署の場合は押印不要		
(解除を希望する理由) ・情報漏洩やセキュリティ対策が不安 ・マイナンバーカードの紛失が心配 ・その他() ・マイナ保険証のメリットが感じられない ・施設でマイナンバーカードを管理できないため					
上記、マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請及び資格確認書の受領を次の者に委任します。					
委任する人					
氏名	国 保 太 郎			印	
※自署の場合					
委任を受ける人					
フリガナ	ジョウエツ ジロウ			本人との関係	
氏名	上越 二郎				
住所	(郵便番号 943 ー 0892) 新潟 都道 市区 府県 上越 町村 寺町2丁目20番1号 福祉交流プラザ				
電話番号	025 ー 527 ー 2525				

介護施設等の職員が代理申請する場合は、施設所在地を記入し、氏名欄に氏名及び職名等を記入