

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

(宛先) 春日井市長

年 月 日

解除申請者	フリガナ		生年月日	昭・平・令	年	月	日	
	氏名							
	住所	(郵便番号 - )						
	電話番号		被保険者番号					
	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	<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。 (解除を希望する理由)  ※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・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、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。 ※なお、健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録の手続を行うことは可能です。健康保険証の利用登録は、マイナポータルやセブン銀行ATMのほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカードリーダーから行うことができます。この申請後に再度利用登録した場合は解除が反映されない場合がありますのでご注意ください。  署名： _____						

住民票上同世帯の方又は成年後見人が代理で申請する場合は以下の欄も記入してください。代理人の方の身分証明書と成年後見人の方は登記事項証明書の写しが必要となります。

私は次の者を代理人として定め、マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請について委任します。

代理人	氏名			
電話番号		続柄		

(注) 住民票上別世帯の方が申請する場合は、別途委任状が必要です。

受付： \_\_\_\_\_