

## 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

石巻市長 殿

令和 年 月 日

以下のとおり、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。

解除申請者	フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和		
	氏名			年 月 日		
	住所	石巻市				
	電話番号					
	被保険者記号番号	み石				
	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	<p>※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ができなくなります。</p> <p>※利用登録の解除を申請した方には、お手持ちの保険証の有効期限を迎える前に、資格確認書を交付します。資格確認書が交付されるまでは、国民健康保険証をご利用ください。</p> <p>※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か月程度かかります。</p> <p>※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。</p> <p style="text-align: right;">署名: _____</p>				

解除を希望する理由

代理人	フリガナ		委任者との関係	
	氏名			
	住所			
	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。

【市処理欄】		
入力	確認	受付

【本人確認／委任状】	
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証
<input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> その他
	(                      )
<input type="checkbox"/> 委任状	

【収受印】