

マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請書

長洲町長 様

令和 年 月 日

私は下記のとおり、マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を求めます。

世帯主	住 所	熊本県玉名郡長洲町大字 (アパート名等)						
	氏 名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生					
	連絡先	被保険者番号	長洲	0	0			

申請者	☐ 世帯主本人 ※世帯主本人は以下省略		☐ 世帯主以外 ※世帯主以外は以下すべて記載	
	住 所	☐ 同上		
	氏 名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生	
	連絡先	続 柄		

確認事項	☐ 次の事項を全て承諾の上、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での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カ月程度時間がかかる場合があります。		

解除理由	
------	--

◆◇解除希望者◆◇ ※解除を希望する全員(世帯主含む)を記入してください。			
1	(かな)	昭和・平成・令和	☐ 委任状あり ☐ 委任状なし
	(氏名)	年 月 日	
2	(かな)	昭和・平成・令和	☐ 委任状あり ☐ 委任状なし
	(氏名)	年 月 日	
3	(かな)	昭和・平成・令和	☐ 委任状あり ☐ 委任状なし
	(氏名)	年 月 日	
4	(かな)	昭和・平成・令和	☐ 委任状あり ☐ 委任状なし
	(氏名)	年 月 日	
5	(かな)	昭和・平成・令和	☐ 委任状あり ☐ 委任状なし
	(氏名)	年 月 日	

※解除申請後から解除がなされるまで（1～2カ月程度）の間に、社会保険などの別の医療保険に加入した場合、加入先の新しい保険者に対し『国民健康保険加入時に、長洲町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。