

記入例

マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請書

(あて先)松江市長

次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。

		令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
申請者	住所	松江市末次町86番地	電話 0852-00-0000
	氏名	松江 花子	
	世帯主からみた続柄	☐ 世帯主本人 ☒ 世帯員(妻) ☐ その他()※委任状必要	

記号・番号		01- ○○○○○○○○			
解除を希望する人	氏名		生年月日		資格確認書の交付(職員用)
	1	松江 一郎	昭和・平成・令和 ○ 年 □ 月 △ 日	未・済	
	2	松江 二郎	昭和・平成・令和 ○ 年 □ 月 △ 日	未・済	
	3	松江 三郎	昭和・平成・令和 ○ 年 □ 月 △ 日	未・済	
	4		昭和・平成・令和 年 月 日	未・済	
	5		昭和・平成・令和 年 月 日	未・済	

(備考)

※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。
 ※利用登録の解除申請者のうち、有効な健康保険証又は資格確認書を有していない方へ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。それまでに、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。

以下、記入不要です

処理	入力	納付状況
		完・未
	審査	メモ

本人確認	顔写真付きのものは1点、それ以外のものは2点で確認	
	☐	マイナンバーカード
	☐	運転免許証
	☐	パスポート
	☐	在留カード
	☐	世帯員の資格確認書
	☐	各種医療受給者証
	☐	その他()