

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

鹿沼市長 殿

令和 年 月 日

解除対象者 (被保険者)	フリガナ				生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年	月	日
	氏名								
	住所	鹿沼市							
	電話番号								
	被保険者 記号・番号 ・枝番	記号	番号	枝番	お手持ちの国民健康保険証 やマイナポータルでご確認 ください。				

申請者	<input type="checkbox"/> 上記解除対象者本人の場合はチェック☑してください。(申請者欄は記入不要です)								
	フリガナ				生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年	月	日
	氏名								
	電話番号								
解除対象者との関係		※別世帯の場合は 委任状 が必要です。							

<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。									
申請にあたっての注意事項 (ご確認いただき、チェック☑してください。)									
<input type="checkbox"/> 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。									
<input type="checkbox"/> 利用登録の解除を申請した方には、令和7年7月中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、お持ちの国民健康保険被保険者証をご利用ください。									
<input type="checkbox"/> 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。(文書等での通知はありません)									
<input type="checkbox"/> 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て解除申請を行った旨をお伝えください。									
<input type="checkbox"/> 利用登録が解除された後も、再度利用登録の手続きを行うことができます。									
署名： _____									
※被保険者名を本人がご署名ください。									
(解除を希望する理由)									

市 記 入 欄	申請者 確認者	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> パスポート	解除対象者 基本コード	受付者	入力者
		<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 障害者手帳			
	処理	<input type="checkbox"/> 資格確認書発行 (国保証紛失の場合)	一般・特療	窓口・郵送	/	/
		<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 確認			