

# 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

(あて先)嘉手納町長

令和 年 月 日

※太枠の部分だけ記入してください。

証番号

世帯主	現住所	嘉手納町 (アパート・マンション・施設名)	
	フリガナ 氏名		電話番号
申請者	(申請者が世帯主以外の場合)		
	住所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	
	氏名	世帯主との続柄( )	電話番号

下記の者について、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。

※確認事項 ご確認の上、にチェックをいれてください。

- 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ません。
- 解除したことがマイナポータルに反映されるまでおよそ2か月かかります。利用登録の解除反映後に、マイナポータル等で再度マイナ保険証の利用登録することは可能です。
- 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。
- 別世帯の方が国保加入者の利用登録の解除を申請する場合、解除希望者それぞれの委任状が必要です。(未成年者を除く)

解除希望者 ※解除を希望する全員(世帯主を含む)を記入してください。

	フリガナ 氏名	生年月日	委任状の有無
1		昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 委任状あり <input type="checkbox"/> 委任状なし ( )
2		昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 委任状あり <input type="checkbox"/> 委任状なし ( )
3		昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 委任状あり <input type="checkbox"/> 委任状なし ( )
4		昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 委任状あり <input type="checkbox"/> 委任状なし ( )
5		昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 委任状あり <input type="checkbox"/> 委任状なし ( )

(解除を希望する理由) 下記の数字に○をつけてください。

- 1 紙の保険証(資格確認書)の交付を希望するため
- 2 マイナ保険証の使用が難しいため
- 3 医療機関でマイナ保険証の読み取りができなかったため
- 4 マイナ保険証に不安を感じているため
- 5 その他( )

申請者の本人確認

マイナンバーカード・免許証・  
パスポート・障がい者手帳・  
在留カード・保険証/資格確認書・  
その他( )

入力

資格確認書

- 作成 ・  回収  
 送付 ・  交付

(送付・交付)年月日

令和 年 月 日

※解除申請後、解除の登録が完了するまでの間(1~2か月)に、別の医療保険者等に加入することになった場合、新しく加入する医療保険者等に対し、自身が以前加入していた医療保険者等で解除申請を行った事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。