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

国保

袖ケ浦市長　　様

　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所　袖ケ浦市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

|  |  |
| --- | --- |
| 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） | |
| □ | 利用登録を解除すると、マイナンバーカードによるオンライン資格確認ができなくなります。 |
| □ | 利用登録解除申請後、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） |
| □ | 利用登録が解除された後でも、再度利用登録の手続きを行うことができます |
| □ | 資格確認書については、現在お持ちの被保険者証の有効期限が切れたタイミングで交付させていただきます。 |
| □ | 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、袖ケ浦市に対して解除申請を行った旨をお伝えください。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 解　除　対　象　者 | フリガナ |  | | | 生年  月日 | 昭和 平成  令和　　　年　　年　　日 | | |
| 氏名 | □申請者と同じ | | |
| 電話  番号 |  | | |
| 住所 | 袖ケ浦市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□申請者と同じ | | | | | | |
| 被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。 | | 被保険者等記号 | 番号 | | | | 枝番 |
| 袖 |  | | | |  |
| （解除を希望する理由）  □マイナ保険証を使うのが不安なため（操作が難しい等）  □マイナ保険証を使うのが不安なため（セキュリティ等の心配）  □資格確認書が必要なため（詳細（任意）：　　　　　　　　　　 ）  □その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | 申請者との  続柄 | |
| 配偶者　・　子  親　・　孫  その他(　　　　　) | |

※解除対象者と別世帯の方が申請される場合は、委任状が別途必要です。

市町村記入欄（記入しないでください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 本人確認書類 | 免許証・マイナンバーカード・他(　　　　　　　　　　) |
| 処理日(システム入力日) | 令和　　年　　月　　日 |
| 取込結果確認日 | 令和　　年　　月　　日 |

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

記載例

国保

袖ケ浦市長　　様

　令和〇〇年〇〇月〇〇日

　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所　袖ケ浦市坂戸市場1番地１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　袖ケ浦　太郎

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　0438-62-3031

|  |  |
| --- | --- |
| 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） | |
| ☑ | 利用登録を解除すると、マイナンバーカードによるオンライン資格確認ができなくなります。 |
| ☑ | 利用登録解除申請後、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） |
| ☑ | 利用登録が解除された後でも、再度利用登録の手続きを行うことができます |
| ☑ | 資格確認書については、現在お持ちの被保険者証の有効期限が切れたタイミングで交付させていただきます。 |
| ☑ | 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、袖ケ浦市に対して解除申請を行った旨をお伝えください。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 解　除　対　象　者 | フリガナ | ｿﾃﾞｶﾞｳﾗ　ﾊﾅｺ | | | 生年  月日 | 昭和 平成  令和　　　〇〇年〇〇年〇〇日 | | |
| 氏名 | □申請者と同じ  袖ケ浦　花子 | | |
| 電話  番号 | ０４３８(６２)３０３１ | | |
| 住所  申請者がわからなかった場合は、職員が補記してください。 | 袖ケ浦市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　☑申請者と同じ | | | | | | |
| 被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。 | | 被保険者等記号 | 番号 | | | | 枝番 |
| 袖 | ００８００００ | | | | ０２ |
| （解除を希望する理由）  □マイナ保険証を使うのが不安なため（操作が難しい等）  ☑マイナ保険証を使うのが不安なため（セキュリティ等の心配）  □資格確認書が必要なため（詳細（任意）：　　　　　　　　　　 ）  □その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | 申請者との  続柄 | |
| 配偶者　・　子  親　・　孫  その他(　　　　　) | |

※解除対象者と別世帯の方が申請される場合は、委任状が別途必要です。

市町村記入欄（記入しないでください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 本人確認書類 | 免許証・マイナンバーカード・他(　　　　　　　　　　) |
| 処理日(システム入力日) | 令和　　年　　月　　日 |
| 取込結果確認日 | 令和　　年　　月　　日 |