



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



袖ヶ浦市長 様

令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者 住 所 袖ヶ浦市坂戸市場1番地1

氏 名 袖ヶ浦 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)	
<input checked="" type="checkbox"/>	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。
<input checked="" type="checkbox"/>	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)
<input checked="" 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
<input checked="" type="checkbox"/>	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。
<input checked="" 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、袖ヶ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	ソデガウラ ハコ	生年 月日	昭 和 平 成 令 和 〇〇年〇〇年〇〇日
	氏名	袖ヶ浦 花子 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話 番号	0438(62)3031
	住所	袖ヶ浦市 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	被保険者等 ※枝番を含め、 記載してください。	番号	枝番	
		0080000	02	
	(解除を希望する理由) <input type="checkbox"/> マイナ保険証を使うのが不安なため(操作が難しい等) <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 資格確認書が必要なため(詳細(任意):) <input type="checkbox"/> その他()	申請者との 続柄		<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 ・ 子 親 ・ 孫 その他()

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。

※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