

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兼委任状

東秩父村長 殿

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ				生 年 月 日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日
	氏名					
	住所	(郵便番号 -)				
		都道 府県		市区 町村		
	連絡先	電話番号				
	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	
マイナンバー カードの 健康保険証 利用登録の 解除につい て	<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求めます。また、この解除作業を行うため、社会保険診療報酬支払基金及び公益社団法人国民健康保険中央会が保有する利用者証明用電子証明書のシリアル番号をデジタル庁へ提供することに同意します。 ※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。 ※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。 署名：_____					

(備考) ・代理人により申請する場合は、下記の委任欄も記載してください。

《注》 解除申請後から解除されるまでの間（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、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。

委 任 欄	なお、本件に関する行為を下記の者に委任します。				
	委任者 (解除希望者)	住所		氏名	
	受任者 (代理人)	住所		氏名	
		連絡先		続柄	