

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

神川町長 殿

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ			生年 月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名				
	住所	埼玉県児玉郡神川町大字			
	連絡先				
	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 神	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	☐ 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。 ※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、 <u>1～2か月程度</u> 時間がかかる場合があります。			
	署名 				

代理人により申請する場合は委任状（様式任意）を添付のうえ、次の欄も記載してください。

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

（注意）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。

※ 健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録の手続を行うことは可能です。健康保険証の利用登録は、マイナポータルやセブン銀行 ATM のほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカードリーダーから行うことができます。

委 任 状

代 理 人 (窓口で 手続きを する人)	◆誰に手続きを委任するかを委任者（申請者）本人が記入
	住 所 _____
	氏 名 _____
	電話番号 _____
	(※親族等の場合) 委任者との続柄 _____

私は、上記の者を代理人と定め、

マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請及び資格確認書の受領

について委任します。

委 任 者 (解除の 申請を する人)	令和 年 月 日
	住 所 神川町大字 _____
	氏 名 _____
	電話番号 _____

神川町長 あて

(注意事項)

- ・委任状は必ず委任者本人がすべてお書き下さい（代理人欄も含む）。
筆跡が異なるときは受け付けできない場合があります。
- ・代理人の本人確認書類（免許証、パスポート、マイナンバーカード等）を必ず
お持ちください。