**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**

埼玉県後期高齢者医療広域連合長　あて

　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 解　除　申　請　者 | フリガナ |  | 生年月日 | 大正・昭和　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | （郵便番号　　　　―　　　　　） |
| 　　　　　　　都道　　　　　　　　市区　　　　　　　府県　　　　　　　　町村 |
|  |
| 連絡先 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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受ける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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

代理人により申請する場合は、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）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。

マイナ保険証利用登録解除用

**委　　　任　　　状**

**◆誰に手続きを委任するかを委任者（申請者）本人が記入**

**代 理 人**

(窓口で

手続きを

する人)

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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＿

　埼玉県後期高齢者医療広域連合長　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。