

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

大崎市長 様

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	(郵便番号)			
		都道		市区	
		府県		町村	
	連絡先	電話番号			
	被保険者記号・番号	被保険者記号		番号	
		み大崎			
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。 ※解除後、医療機関・薬局を受診等される際には被保険者資格が確認できる証書等の持参が必要です。 ※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、時間がかかる場合があります。 署名： _____				

(解除を希望する理由)

☐ マイナ保険証の受診が難しいため

☐ マイナ保険証に不信感があるため

☐ その他 ()

※代理人により申請する場合は、氏名及び連絡先欄に、解除対象者及び代理人の氏名及び連絡先を記載してください。

※担当処理欄	☐ 有効な証書所持のため解除申請のみ受付 ☐ 資格確認書の職権交付
--------	--