

# マイナンバーカードの健康保険証利用登録 解除申請書(郵送様式)

被保険者証の記号番号	61-	世帯主宛名番号		
ふりがな	申請人との続柄			確認欄
被保険者氏名	生年月日	個人番号		
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> その他 ( )			一・前
	昭和 平成 令和	年 月 日		住・学 遠
	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> その他 ( )			一・前
	昭和 平成 令和	年 月 日		住・学 遠
	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> その他 ( )			一・前
	昭和 平成 令和	年 月 日		住・学 遠
	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> その他 ( )			一・前
	昭和 平成 令和	年 月 日		住・学 遠
	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> その他 ( )			一・前
	昭和 平成 令和	年 月 日		住・学 遠

下記内容を確認しました。

- \* 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、資格確認書を交付します。解除後、医療機関・薬局等を受診される際には資格確認書の持参が必要です。
- \* 利用登録の解除申請後、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か月程度時間がかかる場合があります。そのため、申請後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資格確認書の申請を行う必要があります。

## 粕屋町長殿

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請人	住 所 粕屋町
	氏 名
	電話番号 ( - - )
申請が 本人以外 の場合 (代理人)	住 所 粕屋町
	氏 名 続 柄
	電話番号 ( - - )

本人確認 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 委任状 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	受付日	令和 年 月 日	受付者	
	資格確認書 交付日	令和 年 月 日	交付者	
	入力日	令和 年 月 日	入力者	

**貼付用シート**

①マイナンバーカード等、顔写真付きの身分証明書コピー  
(対象者全員分)

※解除対象者が成人していない場合(18歳未満)は、身分証明書の写しの添付不要。