

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

(あて先) 諏訪市長

令和 年 月 日

解除申請者	氏 名				生年月日	昭和 年 月 日 平成 令和		
	住 所	諏訪市						
	電話番号							
	被保険者 記号・番号	記号	番号	枝番	世帯主 氏 名			
		諏						
・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。登録解除後に、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、時間がかかる場合があります。 ☐ 上記について確認のうえ、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。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。 署名： _____								

(解除を希望する理由)

(備考) 代理人が申請する場合は、委任状が必要です。

(注) 解除申請後から解除がなされるまでの間に、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。

【市記入欄】

本人確認	資格確認書交付	受付者
免・旅・個カ・住カ・保・年金・通・診・その他 ()	有 ・ 無	