

(国民健康保険・後期高齢者医療保険共通)
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

受付印

富田林市長 様

令和 〇 年 〇 月 〇 日

被 保 険 者	フリガナ	トンダバヤシ タロウ	生年 月日	大正・昭和
	氏 名	富田林 太郎		平成・令和 64 年 1 月 1 日
	住 所	(郵便番号 584 - 8511) 大阪府 富田林 市 常盤町1番1号		
	連絡先 電 話 番 号	090-1234-5678 ※最も連絡がつきやすい番号をお書きください。		
	被 保 険 者 番 号	(国保) 富国999999 (後期) 99999999		

※被保険者本人以外が届出する場合は委任状が必要です。

届 出 者	届 出 者 名	☐ 被保険者本人 富田林 花子	本人との関係	妻
	届 出 者 住 所	☒ 被保険者と同じ	連 絡 先 電 話 番 号	090-9876-5432

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。必ずお読みください。

(利用登録の解除に伴う注意事項)

※ 利用登録の解除をすると、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資格確認書等の持参が必要となりますので、お持ちでない場合は資格確認書の交付申請を行うようにしてください。

※ 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、2か月程度かかる場合があります。

※ 利用登録の解除を届出してから解除されるまでの間（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利用登録の解除を届出した旨を申し出るとともに、資格確認書の交付申請を行うようにしてください。

(解除を希望する理由)	最も解除の理由に近いものを選択してください。
☐ 特別な事情によりマイナンバーカードや暗証番号の管理ができないため ☐ 不正利用・情報漏洩の懸念があるため ☐ 自身の意思と反して紐づけが行われたため ☐ マイナ保険証に不便さを感じるため ☐ その他 ()	

()	市記入欄	署名者
〇その他 ()		