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

小郡市長　殿

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　　　　－　　　　） |
| 福岡県小郡市 |
| 連絡先 | （電話番号） |
| 被保険者記号・番号※枝番を含め、全て正確に記載してください。 | 記号 | 番号 | 枝番 |
|  | 　　　　　　 |  |
| 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 | 以下のすべての事項を承諾し、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。□利用登録の解除を申請した人は、保険者から資格確認書の交付を受けること。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なこと。□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ること。□解除申請後から解除がなされるまでの間（１～２か月程度）に、別の保険者等に加入した場合は、加入した保険者等に対して、小郡市国保で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こと。　　　　　　　　　　　　　　　　　署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・  |
|
| 解除を希望する理由 | □1.個人番号カードの紛失が心配　　　□2.薬剤情報等を提供したくない□3.個人番号の流出が心配　　　　　　□4.個人情報をまとまって管理されるのが不安□5.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|

※なお、健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録の手続きを行うことは可能です。

代理人により申請する場合は、以下を記載してください。

なお、代理人が申請者と別世帯の場合は、委任状が必要です。

市処理欄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　あ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代　理　人 | フリガナ |  | 電話番号 |  |
| 氏　名 |  |
| 住　所 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付者 | 受付日 | 利用登録確認 | 備考 | 入力日 | 資格確認書交付 | 確認日 |
|  |  | 　有無（申請不要） |  |  | 窓口郵送 |  |