

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

(提出先) 川越市長

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ		生年月日	大正・昭和 平成・令和		
	氏名			年 月 日		
	住所	(郵便番号 -)				
		都道 府県	市区 町村			
	連絡先					
	被保険者記号・番号	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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受ける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、川越市から資格確認書を交付します。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、 <u>1～2か月程度</u> 時間がかかる場合があります。 署名： _____					

代理人により申請する場合は、次の欄も記載してください。

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

(注) 解除申請後から解除されるまでの間（1～2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（川越市）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。

下記の欄には記入しないでください。

受 付 者	カード確認 (コピーを添付すること)	資 格 確 認 書 交 付
		要 (窓口交付・郵送)
		不要

收受印