

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

太宰府市長 殿

令和 年 月 日

解除申請者	フリガナ			
	氏名	生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	
	住所	(郵便番号 -)		
		福岡県太宰府市		
	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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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、太宰府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	<input type="checkbox"/> 個人番号カードの紛失が心配 <input type="checkbox"/> 個人番号の流出が心配 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 薬剤情報等を提供したくない <input type="checkbox"/> 個人情報がまとまって管理されるのが不安			

※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。

代理人	フリガナ		
	氏名	電話番号	
	住所		

市処理欄

受付者	受付日	利用登録確認	備考	端末入力者	資格確認書交付	確認者
		有 無（申請不要）			窓口 郵送	