

第五十九号様式（第二十八条関係）

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

年 月 日

（宛先）中央区長

次のとおり、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。

		記号 番号		02-	
申請者	住所			電話	
	氏名	世帯主からみた関係		<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 世帯員（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
世帯主	住所	<input type="checkbox"/> 同上			
	氏名	<input type="checkbox"/> 同上		電話	<input type="checkbox"/> 同上

※ 代理人が申請する場合は、別途、委任状等の書類の添付が必要です。

マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除する方			
NO	氏名	生年月日	
1		年	月 日
2		年	月 日
3		年	月 日
4		年	月 日

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

利用登録の解除を申請した方には原則として資格確認書を交付します。解除完了後に医療機関・薬局の受診等をされる場合は、資格確認書の持参が必要です。

利用登録の解除後、マイナポータル上に反映されるまで1～2か月程度かかる場合があります。

利用登録の解除がマイナポータル上に反映されるまでの間に別の保険者に異動した場合は、登録解除の申請をしている旨を新しい保険者に申し出るとともに、資格確認書の交付申請をしてください。

職員記入欄

本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 []	受付担当者		受付印
	備考	端末処理	未・済	