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

函館市国民健康保険　あて

届出日　　年　　月　　日

解除対象者	フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和　※西暦可 年　月　日
	氏　名			
	住　所	郵便番号（　　－　　）	性　別	男　・　女
		北海道函館市　　町　　丁目　　番　　号		
	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。	被保険者記号	被保険者番号	枝番
	函		

■　以下の注意事項について確認し，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。また，この解除作業を行うため社会保険診療報酬支払基金および公益社団法人国民健康保険中央会が保有する利用者証明用電子証明書のシリアル番号をデジタル庁へ提供することに同意します。

・利用登録を解除すると，医療機関等でマイナ保険証によるオンライン資格確認はできなくなります。
・利用登録の解除対象者の方には，保険者から資格確認書を交付します。解除後は医療機関等を受診するために必要です。ただし，国の経過措置により被保険者証が有効な期間はこの限りではありません。
・利用登録を解除は月単位で行うため，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か月かかることがあります。
・利用登録の解除を申請した日の翌日以降は，申請した解除の取り消しができません。マイナンバーカードを再度マイナ保険証として利用される場合は，あらためて利用登録の手続きを行ってください。
・利用登録の解除は個人ごとに設定するものです。同じ世帯で解除を希望される場合でもおひとりずつ解除申請書の提出が必要です。

署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（解除を希望する理由）

届出人	氏　名		生年月日	
	電話番号		関係（続柄等）	

※解除対象者と届出人が異なる場合は，届出人欄をご記入ください。例：国保の同世帯員や代理人など
※代理人が申請する場合，代理人の身分確認書が必要です。また，代理人を証明する書類か委任状（別様式）もしくは解除対象者および代理人の身分確認書のコピー（写し）の提出が必要です。

資格確認書 受領サイン	

※異動届に受領サインした場合はこちらの受領サインは不要です。

＜市職員使用欄＞
・身分確認　　□運免　□ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ　　□その他（　　）
・身分証を確認した際にメモする番号や有効期限等（　　）

受付	本	亀	湯	銭	南	戸	恵	椴

受付		入力		検証	