

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

筑紫野市長 殿

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ			生年 月 日	年 月 日	
	氏名					
	住所	(郵便番号 -)				
		福岡県筑紫野市				
	電話番号					
	被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に 記載してください。	被保険者等記号	番号		枝番	
		筑				
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	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ります。 ※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等に対して解除申請 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。 署名：_____					
備考						

代理人により申請する場合は、以下を記載してください。

代 理 人	住所			
	フリガナ		電話番号	
	氏名			

受 付	証発行	担当確認

交付方法 窓口 ・ 郵送