

別記様式第8号（第2条の9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

文京区長 殿

令和 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を申請します。

届出人			
フリガナ		生年月日	昭和・平成
氏名			令和・西暦
住所	〒 - -		
電話番号	- -		

解除対象者	<input type="checkbox"/> 届出人に同じ		
フリガナ		生年月日	昭和・平成
氏名			令和・西暦
住所	〒 - -		
電話番号	- -		

解除を希望する理由	
-----------	--

注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・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行う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、“資格確認書”を交付します。解除申請後、医療機関・薬局を受診等される際には“資格確認書”の提示が必要です。 ・利用登録の解除申請後、マイナポータル上の「登録状況の確認」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。 ・利用登録を解除した後も、マイナポータル等で再度利用登録の手続きを行うことは可能です。
------	---

資格確認書の受領	受領日	年 月 日	氏名
----------	-----	-------	----

本人確認書類	マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・障害者手帳・在留カード・その他()												
記号・番号													
枝番			-									-	
										受付			確認
										解除			