

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

【朝日町国民健康保険加入者用】

【記入例】

三重郡朝日町長 殿

申請年月日 ○年 ○月 ○日

フリガナ	アサヒ タロウ	生年月日	○年○月○年	
被保険者氏名	朝日 太郎			
住所	〒510-8522 三重県三重郡朝日町大字小向893番地			
被保険者番号	○○○○○○○			
申請者氏名	朝日 太郎	続柄	本人	
申請者住所	〒510-8522 三重県三重郡朝日町大字小向893番地			
ご連絡先	059-377-5659			
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	<input checked="" type="checkbox"/> 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、保険者から資格確認書を交付します。 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です。 ※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。  署名： <u>朝日 太郎</u>			

(注) 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。

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 資格確認書の交付 <input type="checkbox"/> WizLIFE への入力(解除入力反映予定日: ) ※利用登録は医療保険者等から中間サーバーに登録されたのち、翌月末に解除される。
--------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------