

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

久喜市長 あて

年 月 日

|                       |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |           |                |       |  |
|-----------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------|----------------|-------|--|
| 解<br>除<br>申<br>請<br>者 | フリガナ                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    | 生年<br>月 日 | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日 |  |
|                       | 氏名                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |           |                |       |  |
|                       | 住所                                                 | (郵便番号 — )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |           |                |       |  |
|                       |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |           |                |       |  |
|                       |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |           |                |       |  |
|                       | 連絡先                                                | 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 記入なしでも可   |                |       |  |
|                       |                                                    | Email                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |           |                |       |  |
|                       | 被保険者記号・番号<br>※枝番を含め、全て正確に<br>記載してください。             | 被保険者記号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 番号 |           |                | 枝番    |  |
|                       |                                                    | 埼玉                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |           |                |       |  |
|                       | マイナン<br>バーカー<br>ドの健康<br>保険証利<br>用登録の<br>解除につ<br>いて | <div><input 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。</div> <div>※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受<br/>けることはできなくなります。</div> <div>※利用登録解除申請機関</div> <div>※利用登録解除申請書に<br/>面に反映されるまで、マイナンバーカードが有効な期間が<br/>あります。</div> <div>代理人が来庁したときも解除申請者の署名が必要となります。ただ<br/>し、解除申請者が18歳未満の場合は親権者の代筆でも可とします。</div> <div>署名： _____</div> |    |           |                |       |  |

代理人により申請する場合は、次の欄も記載してください。

|       |                                            |
|-------|--------------------------------------------|
| 届出者名  | 本人との関係                                     |
| 届出者住所 | 同一世帯の方であっても、解除申請者本人以外が来庁<br>する場合には記載が必要です。 |

(注) 解除申請後から解除されるまでの間（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。

※久喜市使用欄

|                  |             |     |
|------------------|-------------|-----|
| 資格確認書交付日         | 受付場所        | 受付者 |
| 済（ 年 月 日）・未・交付不要 | 久本・菖支・栗支・鷺支 |     |