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

神奈川県医師国民健康保険組合 理事長　殿

令和　　年　　月　　日

解除を希望する被保険者	記　号	31	番　号		枝　番	
	氏　名					
	性　別	男・女	生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日		
	住　所	〒　　－				
	電　話	(　　)　　－				
	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、解除作業を行うための手続きを神奈川県医師国民健康保険組合に一任します。 署名　　(代筆者の場合:続柄　　) ※自署できない場合は代筆者が署名し本人との続柄を記載してください。					
	(解除を希望する理由を差し支えない範囲でご記入ください。)					

※ 利用登録を解除すると、マイナンバーカードによる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2か月程度時間がかかりますのでご承知おきください。

上記のとおり申請します。

組合員氏名 _____

【 委任欄 】 私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。　令和　年　月　日

受任者 (代理人)	住所 氏名　　㊞	委任者 (組合員)	住所 氏名　　㊞

受付日付印

事務長	次　長	主　幹	主　査	担　当

決裁日	処理日	確認日