

記入例

マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請書

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

被保険者本人の情報を記入してください。

フリガナ	イルマ チャコ	生年	大正	昭和
氏名	入間 茶子	年月日	10年10月10日	
住所	(郵便番号 358 - 8511)			
	埼玉県	都道府県	入間市	市区町村

被保険者番号は被保険者証／資格確認書の上部に記載されている8桁の数字です。

除 申 請 者	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
	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。 ※利用登録を解除すると、 けることはできなくなり ※利用登録の解除を申請 除後、医療機関・薬局 ※利用登録解除後、マイ 面に反映されるまで、							

申請者が本人の場合、本人氏名
代理人の場合、代理人氏名（代理人）
を記入してください。

代理人が申請する場合は
代理人情報を記入してください。

署名： 入間 茶太郎（代理人）

届出者名	入間 茶太郎	本人との関係	子
届出者住所	入間市豊岡1-16-1	連絡先電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

（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。