

マイナンバーカードの健康保険証の利用登録解除申請書

山陽小野田市長 あて

解 除 申 請 者	フリガナ		令和 年 月 日
	氏名		昭和・平成・令和・西暦 生年月日 年 月 日
	住所 連絡先	山陽小野田市 TEL() —	
	被保険者番号 枝番	山9—	枝番
	解除を希望する 理由		
	マイナンバー カードの 健康保険証の 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、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、山陽小野田市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: _____	

委 任 状	代理人 氏名	(続柄)

	住所	

	電話番号	

	上記の者を代理人とし、下記の権限を委任します。	
	記	
	☐ マイナンバーカードの健康保険証の利用登録を解除すること	
	☐ 資格確認書を受け取ること	
	年 月 日	
	申請者 氏名	_____
	住所	_____

(備考)代理人により申請する場合は、委任状欄に解除対象者及び代理人の氏名、住所及び連絡先を記載してください。