

# 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【国保用】

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |  |  |   |  |  |  |  |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--|--|---|--|--|--|--|
| 被保険者記号番号                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |  |  | — |  |  |  |  |
| 被 保 険 者 氏 名 （ 解除希望者 ）                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 生 年 月 日              |  |  |   |  |  |  |  |
|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 西暦・昭和・平成・令和<br>年 月 日 |  |  |   |  |  |  |  |
| 利用登録の解除についての確認事項<br>（ <u>□をチェック</u> ） | <div><input type="checkbox"/> 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、医療機関等を受診する際には資格確認書の持参が必要です。</div> <div><input type="checkbox"/> マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」画面に解除登録情報が反映されるまでには時間がかかります（1～2か月程度）。</div> <div><input type="checkbox"/> 受診時にマイナンバーカードによるオンライン資格確認ができなくなります。</div> <div><input type="checkbox"/> 高額療養費制度（限度額適用認定証）の利用には、原則、予め申請が必要となります。</div> <div><input type="checkbox"/> 透析治療等のための「特定疾病療養受療証」の対象ではありません。</div> <div><input type="checkbox"/> マイナ保険証と資格確認書では、受診時の診療点数が異なります。</div> |                      |  |  |   |  |  |  |  |

福 津 市 長 宛

マイナンバーカードの健康保険証利用登録については任意であることから、上記の確認事項を確認のうえ、利用登録の解除を求めます。

なお、この解除作業を行うため、社会保険診療報酬支払基金及び公益社団法人国民健康保険中央会が保有する利用者証明用電子証明書のシリアル番号をデジタル庁へ提供することに同意します。

令和 年 月 日

被保険者住所 福津市.....

申請者氏名  
(解除希望者) .....

☐ 被保険者本人申請  
☐ 世帯主または保護者が未成年者分を申請※

電話番号 .....

※代理人（被保険者本人以外）が申請する場合、原則、委任状が必要です。ただし、被保険者が未成年のときは世帯主または同一世帯の保護者が申請する場合に限り、委任状の提出は省略できます。

※郵送で申請する場合は申請者の本人確認ができるもの（運転免許証等のコピー）を同封してください。

----- 市使用欄 以下は記入しないでください -----

|           |                                  |                                   |                                    |                                |                                            |                                 |
|-----------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------|
| 来庁者確認（1点） | <input type="checkbox"/> 個人番号C   | <input type="checkbox"/> 運転免許証    | <input type="checkbox"/> 旅券        | <input type="checkbox"/> 住基カード | <input type="checkbox"/> 在留カード             | <input type="checkbox"/> 身障者手帳等 |
|           | ■証 No. _____                     |                                   |                                    |                                |                                            |                                 |
| 来庁者確認（2点） | <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 | <input type="checkbox"/> 年金手帳     | <input type="checkbox"/> 医療証       | <input type="checkbox"/> 通帳    | <input type="checkbox"/> その他公的機関発行物<br>( ) |                                 |
| 交付前チェック   | <input type="checkbox"/> 資格確認書交付 | <input type="checkbox"/> 保険税（滞・無） | <input type="checkbox"/> 委任状（要・不要） |                                |                                            |                                 |

入力日 令和 年 月 日

※市使用欄は窓口受付時のチェックの際に使用してください。

| 課長 | 入力確認 | システム入力 | 窓口受付 |
|----|------|--------|------|
|    |      |        |      |