

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

(宛先) 長野市

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。

令和 年 月 日

申請者	氏 名		電話番号	— —
	住 所			

以下の枠内は、マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を希望する人について記入してください。

解除希望者	住 所	☐ 申請者と同じ			
	フリガナ		被保険者 番号等	長一	枝番
	氏 名	☐ 申請者と同じ		生年月日	年 月 日
	フリガナ		被保険者 番号等	長一	枝番
	氏 名		生年月日	年 月 日	
	解除を希望する理由				

(注意事項)

- ・ 別世帯等の代理人が申請する場合は、委任状が必要です。
- ・ 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。
- ・ 解除申請後から1～2か月程度の間に、別の健康保険に加入した場合は、異動後の医療保険者等に対し、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。

【確認処理欄】 ※職員確認欄（支所職員を含む）

本人確認	<1点> ☐ マイナンバーカード ☐ 免許証 ☐ パスポート ☐ その他() <2点> ☐ 資格確認書（旧保険証） ☐ 年金手帳 ☐ その他()			
受付者		受付場所	国・篠・松・穂・川・更・七・信・古・柳・浅・豆・朝・槻 長・安・小・芋・豊・戸・鬼・岡・芹・牧・三・吉・新・中	
入力		確認		