

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) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

年 月 日

解除申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	マイナ保険証の利用登録を解除したい人の情報		
	住所			
	電話番号			
	被保険者番号			
	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	<p><input type="checkbox"/> 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</p> <p>※利用登録を解除することはできなくな ※利用登録の解除 医療機関・薬局 ※利用登録解除後、 反映されるまで、<u>1～2か月程度</u>時間がかかる場合があります。</p> <p>オンライン資格確認を行うこと 認書を交付します。解除後、 参加が必要です。 利用登録の申込状況」画面に</p> <p>署名： _____</p>		
代理人	氏名	記入した人の情報		
	住所			
			電話番号	

(注) 解除申請後から解除がなされるまでの間（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。