

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

米沢市長 あて

申請日 年 月 日

申請人

住 所	□対象者と同じ		
氏 名			
生年月日	年 月 日	続 柄 (対象者との関係)	

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。

被保険者記号・番号		—		
利用登録解除 対象者	住 所	〒 米沢市		
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	電話番号	
【任意記載】 解除を希望する理由				

【確認事項】

- 利用登録解除申請から1～2か月後に、マイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うことができなくなります。利用登録解除の完了は、マイナポータル「登録状況の確認」の「健康保険証」画面から確認してください。
- 利用登録解除申請から解除が完了するまでの間（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、米沢市に対して解除申請を行った旨を申し出るとともに、資格確認書の交付を受けてください。
- 利用登録を解除した後でも、マイナポータルやセブン銀行ATMのほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカードリーダーから再度利用登録を行うことができます。
- 国民健康保険証の有効期限前に資格確認書を郵送します。資格確認書が交付されるまでは、現在お持ちの国民健康保険証を御利用ください。

納付状況	処理確認
済 未	<input type="checkbox"/> 資格確認書交付 { 窓口 / 郵送 }
身分確認方法	
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	利用登録解除入力日
<input type="checkbox"/> 運転免許証・身分証	
<input type="checkbox"/> 資格確認書等	利用登録解除日
<input type="checkbox"/> その他 { }	

決 裁	年 月 日		
起 案	年 月 日		
受 付	担当主査	課長補佐	決 裁