

別紙様式

個人番号カードの健康保険証利用登録の解除申請書

(宛先) 安曇野市長

解 除 申 請 者	フリガナ		申請日	年 月 日
	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	安曇野市		
	電話番号	- -	被保険者番号	
	個人番号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、個人番号カードによる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、安曇野市から世帯主宛に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提示が必要です。 ☐ 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か月程度かかります。（文書等での通知はありません） ☐ 解除申請後から解除がなされるまでの間に、別の医療保険者に異動した場合は、異動後の医療保険者に対し、以前加入していた医療保険者に対して解除申請を行った旨を申し出るとともに、資格確認書の交付申請を行うようにしてください。			
解除を希望する理由 ☐ マイナ保険証を使うのが不安なため（ 操作関係 ・ セキュリティの心配 ） ☐ その他 （ ）				

解除申請者以外の代理人による申請には、委任状が必要です。

代理人による申請の場合、下記もご記入ください。

住 所	☐ 申請者と同じ		
氏 名		電話番号	- -

-----以下市記載欄-----

解除申請者	個 ・ 免 ・ 手帳（ ） ・ 在力 ・ 他（ ）
来 庁 者	個 ・ 免 ・ 手帳（ ） ・ 在力 ・ 他（ ）