

記入例

後期高齢者医療個人番号カードの健康保険証利用登録の解除申請書

太枠の中を記入してください。

届出者名	福山 太郎	本人との関係	本人
届出者住所	福山市東桜町3番5号	連絡先電話番号	084-928-1411

被保険者番号	個人番号
12345678	111122223333
(フリガナ)氏名	フクヤマ タロウ ----- 福山 太郎
生年月日	昭和10年 1月 1日
住所	福山市東桜町3番5号
解除の理由	<input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカードでの受診が困難である(介助者等の第三者が被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど) <input type="checkbox"/> その他 ()
任意記載事項の記載	<input type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分 ① <input type="checkbox"/> 特定疾病区分 ② <input type="checkbox"/> 任意記載事項をすべて記載しない
確認事項	<p>※利用登録解除した方に資格確認書を交付します。解除後、医療機関等を受診される際には資格確認書の持参が必要です。</p> <p>※利用登録解除すると、マイナンバーカードはオンライン資格確認ができません。</p> <p>※利用登録解除がマイナポータルに反映されるまでに約1か月程度の時間がかかります。</p> <p>※この申請後から解除完了までの間に、別の医療保険に加入した場合は、異動後の医療保険者等に解除申請を行った旨を申し出る必要があります。</p> <p>※利用登録解除した後も再度、マイナポータルで医療機関等を受診する際は、健康・医療情報のデータに基づいたより正確な医療提供が可能となります。</p> <p>※マイナンバーカードの健康保険利用登録解除後のリスクが生じることはありません。</p>
<p>広島県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>上記のとおり、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 style="text-align: center;">2024年 11月 1日</p>	

利用登録解除後に交付される資格確認書に、①・②の記載を希望される場合は、それぞれを入れてください。

利用登録解除後に交付される資格確認書に、①・②の記載を希望しない場合は、を入れてください。

送付日	年 月 日	システム入力者	システム確認者	(受領サイン)
回収日	年 月 日			
種別	<input type="checkbox"/> 資格確認書			確認書類 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード・免許証・その他 ()
(備考)				(市区町受付印)
<input type="checkbox"/> 申請日現在有効な被保険者証を有しているため、資格確認書の交付が不要。 <input type="checkbox"/> 代理人が申請する時は委任状を添付。(世帯主が申請の場合も必要です。) <input type="checkbox"/> 成年後見人等が申請するときは、登記事項証明書等を添付				