

（宛先）千葉県後期高齢者医療広域連合長

申請者の本人確認書類の写しを添付してください。

令和 6 年 1 1 月 1 日

解 除 申 請 者	フリガナ	コウイキ タロウ	生年月日	昭和 2 4 年 1 月 1 日	
	氏 名	広域 太郎			
	住 所	〒 0 0 0 0 - 0 0 0 0 千葉県〇〇市〇-〇-〇			
	電話番号	0 9 0 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8			
	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8			
	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	☒ 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 ※利用登録を解除すると、マイナンバーカードにより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、保険者から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持参が必要です。 ※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、<u>1～2 か月程度</u>時間がかかる場合があります。 (代理人申請の場合) ☐ 解除対象者本人の意思に基づき、マイナンバーカードと保険証の利用登録の解除を申請します。 署名： _____ 広域 太郎 （自署） ※解除対象者本人（代理人が申請する場合は代理人）が署名してください。			
代 理 人	氏 名	本人との関係 _____			
		記載の必要はありません			
	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。