

様式第9号の3(第9条の2関係)

マイナンバーカードの保険証利用登録の解除申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	(フリガナ) 氏名		
	生年月日	年	月 日
	住所		
	解除の理由	<input 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 <input type="checkbox"/> 特定疾病区分 <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、マイナンバーカードによるオンライン資格確認ができなくなるため、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。</p> <p>※利用登録解除がマイナポータルに反映されるまで、時間がかかる場合があります。</p> <p>※この確認作業を行うため、社会保険診療報酬支払基金及び公益社団法人国民健康保険中央会が保有する利用者証明用電子証明書のシリアル番号をデジタル庁へ提供します。</p>		
<p>島根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保険証利用登録の解除を求めます。</p> <p>年 月 日</p>			

(備考) 本人以外が申請する場合は、委任状を添付してください。