

前橋市国民健康保険被保険者に係る  
マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申出書

(あて先) 前橋市長

年 月 日

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を求めます。

また、この解除作業を行うため、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

申出者	氏名	※郵送の場合は本人確認書類の写しを必ず添付してください。		
	住所			
	電話番号			
解除対象者	氏名		生年月日	昭 平 令 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申出者に同じ		
解除理由				

者証明用電子証明書に関する情報をデジタル庁へ提供することに同意します。

【注意事項】

- ※ 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。
- ※ 利用登録の解除申出をした方には、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、時間がかかる場合があります。
- ※ 郵送で申し出る場合は本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード等）の写しを添付してください。

委 任 状	
(代理人)	
住所	
氏名	
私は、上記の者を代理人と定め、マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申出についての権限を委任します。	
令和 年 月 日	
(委任者)	
住所	
氏名	
※委任者の欄は直筆してください。	

解除対象者以外が申し出る際は委任状を提出してください（未成年者分を同一世帯の親族が申し出る場合を除く）。  
後見人等の場合は登記事項証明書の写し、病院・施設職員の場合は職員証等の写しも添付してください。

《職員処理欄》

申出者本人確認	<input type="checkbox"/> 個力 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	対象者宛名番号（ ）
---------	--	------------