

第1号様式（第3条関係）

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書

(宛先) 青森県後期高齢者医療広域連合長

申請日 年 月 日

解除を希望する被保険者	フリガナ		生年月日	年 月 日			
	氏名			年 月 日			
	住所	都道府県		市区町村			
	電話番号						
被保険者番号							
申請者	<input type="checkbox"/> 被保険者に同じ						
	氏名		本人との関係				
	住所		電話番号				
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	<p>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>※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。</p> <p>※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。</p> <p>※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カ月程度時間がかかる場合があります。</p> <p>※解除申請後から解除がなされるまでの間（1～2カ月程度）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に対し、青森県後期高齢者医療広域連合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。</p> <p style="text-align: right;">署名： _____</p>						

(解除を希望する理由) ※任意記載

本人確認書類	1点	運転免許証・旅券・マイナンバーカード・経歴証明書・障がい者手帳・在留カード・その他（ ）
	2点	保険証・資格確認書・年金証書・その他（ ）
代理人	<input type="checkbox"/> 委任状（任意代理人） <input type="checkbox"/> 登記事項証明書（法定代理人）	