様式第3号の2

専務理事	事務局長	事務局次長	業務係長	係	支　部

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

<table>
<tr><td colspan="4">被保険者　記号・番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">解
除
申
請
者</td><td colspan="2">氏　　　名</td><td>組合員との続柄</td><td colspan="2">生　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2">昭・平・令　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>解除を希望する理由</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>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
（□に✓をしてください）</td><td colspan="4">□ 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、1～2か月程度時間がかかる場合があります。

解除申請者署名:</td></tr>
</table>

上記のとおり申請します。

組合員　氏名

住所　〒　　－

令和　　年　　月　　日

電話番号

名古屋市食品国民健康保険組合理事長　様

個人番号												

本部受付印

日　付	確　認　欄	
月　　日	・申請内容の確認 ・	

支部受付印