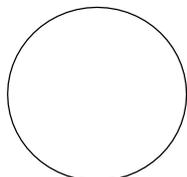


専務理事	事務局長	事務局次長	業務係長	係	支部

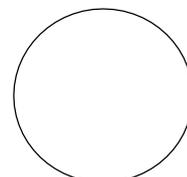
マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書

被保険者 記号・番号																							
解除申請者	氏名	組合員との続柄	生年月日																				
			昭・平・令 年 月 日																				
	解除を希望する理由																						
	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 <small>(□に✓をしてください)</small>	<input type="checkbox"/> 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： _____																					
上記のとおり申請します。		組合員 氏名	_____																				
令和 年 月 日		住所 〒	_____																				
		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	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				



本部
受付
印

日付	確認欄	
月 日	・申請内容の確認	



支部
受付
印