解除日	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申請書

□支部（組合）宛て

長野県建設国民健康保険組合　理事長　殿

年　　月　　日

解除申請者	記号	番号	生年月日	S・H・R 年　　月　　日	
	建				
	フリガナ				
	氏　名				
	マイナンバー				
	住　所	〒　　ー			
	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	以下について同意します **署名：** □　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、長野県建設国民健康保険組合から資格確認書を交付します。解除後、医療機関等を受診する際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か月時間がかかる場合があります。			

（解除を希望する理由）

確認書類	□ マイナンバーカード（ 組合員 ・ 他 ） □ 運転免許証（ 組合員 ・ 他 ） □ その他（　　）	届出人	□ 組合員 □ 代理人 （　　）	身元確認者	

注）解除申請後から解除がなされるまでの間（１～２か月程度）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等に対し、自身が以前に加入していた医療保険者等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してください。