

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

加美町長 殿

令和 年 月 日

解除対象者	フリガナ			生年月日	昭和・平成・令和		
	氏名				年	月	日
	住所	(郵便番号 -) 加美町					
	連絡先	電話番号	- -				
		Email					
	被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。	記号	番号	枝番			
申請者	☐ 解除対象者と同じ	フリガナ			生年月日	昭和・平成・令和	
	☐ 代理人 → 右の欄に記載してください	氏名					年
		電話番号	- -		続柄		

※代理人が、後見人、同居の家族以外の場合の委任欄

私は、マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を上記の者に委任します。

令和 年 月 日 【被保険者氏名】

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。

〈解除を希望する理由〉 ☐ マイナ保険証での受診が困難である

☐ その他 ()

※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、医療機関や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。

※マイナンバーカードにより医療機関等を受診することで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報のデータに基づいたよりよい医療を受けることができます。

※マイナンバーカードの健康保険証利用登録により、ご本人の医療情報の漏洩等セキュリティ上のリスクが生じることはありません。

※なお、健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録の手続を行うことは可能です。

健康保険証の利用登録は、マイナポータルやセブン銀行 ATM のほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカードリーダーから行うことができます。

(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、資格確認書の申請を行うようにしてください。

保 健 福祉課 使用欄	保険証交付状況	受 付 職 員 使用欄	☐ 個人番号カード	受付印
	☐ あり ☐ なし		☐ 運転免許証	
	資格確認書交付状況		☐ パスポート	
	☐ 済 ☐ 未		☐ 在留カード	
			☐ その他 ()	