

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

美祢市長 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	〒 都道府県 市区町村		
	連絡先	電話番号	()	-
	被保険者等記号・番号	山13 -		
	解除を希望する理由	※該当する項目に○をしてください。その他を選んだ場合は理由を記入してください。		
	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	<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。 署名： _____		

※代理人が申請される場合、住所（上記と異なるとき）・氏名・連絡先を記入してください。

代理人住所（別住所の場合のみ記入） _____

代理人氏名 _____ 連絡先 _____ - _____

(注意事項)

解除申請から解除されるまでの間（1～2か月程度）に別の医療保険者等に異動した場合、異動後の医療保険者等へ自身が以前加入していた医療保険者等に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。

(おしらせ)

- ※ マイナンバーカードで医療機関等を受診することにより、ご本人の同意のうえ、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って、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。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。