

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

三原市長 様 次のとおり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。

			申請日	年	月	日	
申請者※	フリガナ			生年 月日	年	月	日
	氏 名				年	月	日
	住 所	(郵便番号 -)					
	連絡先	電話番号					
解除対象者（申請者と同じ場合は、 □に✓をご記入ください。）	氏 名	□申請者と同じ		生年 月日	□申請者と同じ		
	住 所	(郵便番号 -)					
	連絡先	電話番号	□申請者と同じ				
	被保険者番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。		番 号			枝 番	
	解除を希望する理由						
確認事項（ご確認のうえ、 □に✓をご記入ください。）	☐ 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。 この申請後、マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」に反映されるまで、約2か月程度時間がかかります。 利用登録の解除反映後に、再度マイナ保険証の利用登録をすることは可能です。 ☐ 利用登録の解除を申請した方には、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。 ☐ 申請後から解除完了までの間に、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、資格確認書の申請が必要です。						

※代理人(解除対象者以外の方)が申請する場合は委任状を添付してください。

- ・ 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。

【処理欄】 ☐ 申請者本人確認 (マイナンバーカード ・ 免許証 ・ パスポート ・ その他()) ☐ 解除対象者 マイナ保険証保有 かつ 解除未申請 ☐ 確認事項3点の説明 ☐ 有効な保険証 有 ・ 無 (無の場合、資格確認書交付(手交 ・ 郵送(/)) ☐ マイナ保険証利用登録解除 システム入力(/)	受付者
---	---------------------------------