

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

記入例

光 市 長 様

令和 〇 年〇〇月〇〇日

解 除 対 象 者	フリガナ	ヒカリ タロウ	生年月日	年	月	日
	氏名	光 太郎				
	住所	(郵便番号 743 - 8501) 光市中央6丁目1番1号				
	連絡先	電話番号	0833-72-1426			
	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。	被保険者等記号・番号・(枝番) 山 1 0 ・ 1234567890 (01)				

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

※確認した項目に
☑してください。

以下を確認したうえで、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。
解除対象者本人による申請でない場合は、申請者が確認事項を本人に申し伝えます。

- ☒ 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。

署 名 : 光 太郎

(解除対象者による自署ではなく代筆の場合、申請者の名前を記入)

申 請 者	☐解除対象者と同じ場合は☑してください。(☑した場合は申請者欄の記入不要)				
	氏名	光 花子	続 柄	妻	
	住所	☒ 解除対象者と同じ場合は☑してください。		電話番号	0833-72-1426

(解除を希望する理由)

(例) マイナンバーカードを持ち歩くのが不安なため。

※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。

署名欄 (代筆の場合)

- 1 同一世帯 署名: 申請者
2 別世帯 署名: 申請者
※別世帯の場合は、委任状が必要

(市処理欄 以下は記入しないでください)

受付	本人確認書類	資格確認書	入力
	マイナ・免許証 ()	窓口 ・ 郵送	