

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

加東市長 宛

年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ		生 年 月 日	昭和・平成・令和		
	氏名			年 月 日		
	住所	加東市				
	電話		被保険者番号			
	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		☐ 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、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。 署名： _____			

(解除を希望する理由)

--

- ※ 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き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。

(備考) 15歳未満および成年被後見人の方の代理申請を行う場合は、代理人の氏名および連絡先を記載してください。成年被後見人の方は、必ず登記事項証明書をお持ちください。
上記以外の方の代理申請を行う場合は、別途委任状が必要です。

代理人氏名		代理人連絡先	
-------	--	--------	--

【処理欄】

申請者	本人・代理人（備考欄必須）	受付者氏名	
本人確認	マイナンバーカード・運転免許証等・その他（ ）		
		処理日	/