

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

桜井市長 殿

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ			生年月日	大正・昭和			
	氏名				平成・令和	年	月	日
	住所	(〒 -)						
		桜井市						
	電話番号							
	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			
		奈6						
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求めます。また、この解除作業を行うため、社会保険診療報酬支払基金及び公益社団法人国民健康保険中央会が保有する利用者証明用電子証明書のシリアル番号をデジタル庁へ提供することに同意します。 ※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、時間がかかる場合があります。 <div style="text-align: right;">署名： _____</div>							

(解除を希望する理由)

個人番号カードの紛失が心配
 薬剤情報等を提供したくない
 個人番号の流出が心配
 個人情報などがまとめて管理されるのが不安
 その他 ()

※ 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。
 ※ 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する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。

※本人以外が申請する場合は、受任者（手続きを代行する方）の氏名及び連絡先を下記に記載してください。

私は、マイナ保険証の解除に伴う申請について、次の者に委任します。
 なお、代理人による行為、結果に対して、委任者である私が全ての責任を負うものとします。

氏 名 _____ 続柄 () _____ 連絡先 _____

住 所 _____

確認欄： マイナンバーカード ・ 免許証 ・ ()

