

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

奈良県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

被 保 険 者	フリガナ		生年月日	明治・大正	年 月 日	
	氏名			昭和・平成		
	住所	(郵便番号 -)				
		都道 府県				
	電話番号					
被保険者番号 ※正確に記載してください。						
申 請 者	※代理人申請時、申請者欄と裏面の委任状の記載が必要です。					
	フリガナ		被保険者との 関係			
	氏名					
	住所	(郵便番号 -)				
		都道 府県				
電話番号						
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、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。 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) 代理人により申請する場合は、被保険者欄及び申請者欄、裏面の委任状も記載してください。

(注) 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。

委任状

奈良県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

(委任者)

住所 _____

氏名 _____ ⑩

私は、下記の者を代理人に定め、次の権限を委任いたします。

(委任事項)

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請に関すること。

(受任者)

住所 _____

氏名 _____ ⑩

委任状

奈良県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

(委任者)

住所 _____

氏名 _____ ⑩

私は、下記の者を代理人に定め、次の権限を委任いたします。

(委任事項)

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請に関すること。

(受任者)

住所 _____

氏名 _____ ⑩

申述書

奈良県後期高齢者医療広域連合長 様

上の委任状は、委任者 が筆記困難のため、私が代筆しました。

なお、同委任状は、本人の面前で、本人の指示のもとで作成したものであり、本人の意思に基づくものです。

年 月 日

(代筆者) 住所 _____

氏名 _____ ⑩

委任者との続柄 _____

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

奈良県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

被 保 険 者	フリガナ	ナラ タロウ	生年月日	明治・大正 昭和・平成
	氏名	奈良 太郎		14年 4月 1日
	住所	(郵便番号 633 - 00××)		
		奈良 都道府県 桜井市		
		〇〇〇〇×××番地の×		
	電話番号	0744-00-0000		
	被保険者番号 ※正確に記載してください。	0×××××××		
申 請 者	※代理人申請時、申請者欄と裏面の委任状の記載が必要です。			
	フリガナ	コウキ ハナコ	被保険者との関係	子
	氏名	後期 花子		
	住所	(郵便番号 635 - ××××)		
		奈良 都道府県 大和高田市		
	〇〇〇×丁目××番×号			
	電話番号	090-0000-0000		
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、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。 署名： 後期 花子			
(解除を希望する理由) ×××××××××××のため 「マイナ保険証の利用ができないため」等の解除を希望する理由をご記入ください。				
※ 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。 ※ 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。				

(備考) 代理人により申請する場合は、被保険者欄及び申請者欄、裏面の委任状も記載してください。

(注) 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。

委任状

奈良県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

(委任者)

住所 桜井市〇〇〇〇×××番地の×

氏名 奈良 太郎 

私は、下記の者を代理人に定め、次の権限を委任いたします。

(委任事項)

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請に関すること。

(受任者)

住所 大和高田市〇〇〇×丁目××番×号

氏名 後期 花子 

委任状

奈良県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

(委任者)

住所 桜井市〇〇〇〇×××番地の×

氏名 奈良 太郎

私は、下記の者を代理人に定め、次の権限を委任いたします。

(委任事項)

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請に関すること。

(受任者)

住所 大和高田市〇〇〇×丁目××番×号

氏名 後期 花子

申述書

奈良県後期高齢者医療広域連合長 様

上の委任状は、委任者 奈良 太郎 が筆記困難のため、私が代筆しました。

なお、同委任状は、本人の面前で、本人の指示のもとで作成したものであり、本人の意思に基づくものです。

年 月 日

(代筆者) 住所 大和高田市〇〇〇×丁目××番×号

氏名 後期 花子

委任者との続柄 子