

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

安来市長様

令和 年 月 日

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	フリガナ		生年月日	昭和 平成 日 令和	年 月	
	氏名					
	住所	692-	島根県 安来市			
	電話番号					
	被保険者等 記号番号	06-				
確認事項（下記項目を確認いただき□に✓をしてください）						
<input type="checkbox"/> 利用登録を解除すると、マイナンバーカードでのオンライン資格確認ができなくなります。						
<input type="checkbox"/> 利用登録の解除対象者には、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。						
<input type="checkbox"/> 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。なお、利用登録が解除されたことを市から連絡することはありません。						
<input type="checkbox"/> 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。						
解除を希望する理由						
<p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p>						

申請者	対象者と同じであれば右の□に✓を入れてください			□ 対象者と同じ		
	代理人	氏名		対象者との関係		
		住所				
		電話番号				

※代理人により申請する場合は、委任状（裏面）または代理権確認書類も必要です。

委任状

令和 年 月 日

委任者	住所	電話番号 ー ー
	氏名	⑩
受任者	住所	電話番号 ー ー
	氏名	
	生年月日	年 月 日

私は、上記の者を代理人と定め、マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請を委任します。