

記入例

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

赤色で示した箇所を
記入してください。

読谷村長 殿

解除申請者（解除の対象者）について記入します

届出日：令和 年 月 日

解除申請者	氏名	フリガナ <u>ヨミタン タロウ</u> 読谷 太郎	被保険者番号	読国 ○○○○○○
			生年月日	昭 ・平・令 ○○年 ○月 ○日
	住所	読谷村字 座喜味 2901 番地		
	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 (右欄の内容を確認し、署名をお願いします)	<input checked="" 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ができなくなります。 ※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、医療機関等を受診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カ月程度の期間を要します。 署名： <u>読谷 太郎</u>			

利用解除申請者以外の方が申請される場合

※代理の者が申請する場合に記入

私は、マイナ保険証利用登録の解除に伴う申請について、次の者に委任します。
 なお、代理人による手続きに関して、委任者（私）が全ての責任を負うものとします。

<受任者>

氏名： _____ 電話番号： _____

住所： _____

委任者との続柄： _____

※以下の書類を添えて申請してください。

委任者 …… 顔写真付きの本人確認書類のコピー

受任者 …… 顔写真付きの本人確認書類

例：マイナンバーカード、運転免許証・パスポートなど

(裏面あり)

記入例

(解除を希望する理由)

解除理由をご記入ください

(注意事項)

解除申請後から解除がなされるまでの間（1～2カ月程度）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。

(備考)

- ※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。