

マイナンバーカードの国民健康保険証利用登録の解除申請書

年 月 日

解 除	フリガナ		生年 月 日	年 月 日
	氏名			
	住所			
	電話番号			
対	被 保 険 者	記号	番号	枝番
	記号・番号			
象 者	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。

※代理人により申請する場合は、下記の欄も記載してください。

代理人	フリガナ	
	氏名	
	住所	☐ 解除対象者と同じ
	電話番号	

本人確認書類	☐ 免許証 ☐ マイナカード ☐ 旅券 ☐ 介護証 ☐ その他 ()
受付() 入力(月 日) 解除データ確認(月 日)	