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

南 国 市 長　　様

申 請 日	令和　　年　　月　　日

解除対象者	フリガナ 氏　　名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和
	住　　所	郵便番号（　　－　　） 		
	記号番号		枝番	連絡先　　－　　－
	解除を希望する理由	□ マイナ保険証での医療機関等の受診が困難なため □ その他（　　）		

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：

代理人の場合　代理人氏名：

解除対象者との続柄：配偶者 ・ 子 ・ その他（　　）

代理人連絡先：　　－　　－

※ 解除対象者が 18 歳以上で代理人が申請する場合は、別途、委任状の添付が必要になります。

※　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。

（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。

受 付	発 行	入 力	本 人 確 認
			□ 運転免許証　□ マイナンバーカード □ その他（　　）