

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
(国民健康保険)

下市町長 殿

令和 年 月 日

| | | | |
|-----|-------|---------|--|
| 届出者 | 届出者名 | 本人との関係 | |
| | 届出者住所 | 連絡先電話番号 | |

| | | | | | | |
|----------------------------|--|--------------------|----|-------|---|-----|
| 解除申請者 | フリガナ | | 生年 | 昭和・平成 | | |
| | 氏名 | | 月日 | 令和 | 年 | 月 日 |
| | 住所 | 〒 - 奈良県吉野郡下市町大字 | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | |
| | | Email | | | | |
| | 被保険者等記号・番号・枝番 | 被保険者等記号 | | 番号 | | 枝番 |
| | | 奈 37 | | | | |
| 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 | <input 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) 該当する理由の番号に○をつけてください。

- 1、マイナンバーカードを紛失したため
- 2、マイナンバーカードを利用できないため
- 3、マイナンバーカードや暗証番号の管理ができないため
- 4、マイナ保険証に不便さを感じるため
- 5、その他 ()

※ 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、委任状等が必要です。

(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。

下市町職員記入欄 (職員が記入します)

| | |
|----------|-------------------------------------|
| 解除希望者 | |
| 本人確認書類等 | 運転免許証・マイナンバーカード・障害者手帳・在留カード・その他 () |
| 届出者(代理人) | |
| 本人確認書類等 | 運転免許証・マイナンバーカード・障害者手帳・在留カード・その他 () |
| 手続必要書類 | 委任状・登録証明書・住民票・その他 () |

| | | | | |
|----|----|------|-----|-----------|
| 課長 | 主幹 | 課長補佐 | 担当者 | 保存 |
| | | | | 15 10永 |