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

呉市長様

解除申請者	住所				
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	昭・平・令・西暦	年	月	日
	電話番号	( )	-		
	被保険者番号・枝番 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。	(枝番)			
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、時間がかかる場合があります。 署名： _____				

※ 申請人以外の方が手続きをされる場合は、次の欄も記入してください。

代理人	住所			
	フリガナ			申請者との続柄
	氏名	☐ 同世帯 ☐ 別世帯		
	電話番号	( )	-	

(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。

処	受付	備考欄	本人確認	資格確認書交付	担当課確認	連携証確認
理			個・車・障			
欄			パス・在留			
			その他 ( )			

※職員が記入する場合は朱書きしてください。

この委任状は、マイナ保険証利用
登録解除用です。
すべての項目を本人が記入してく
ださい。

委任状

代理人（窓口に来られる人）

住所

氏名

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日

私は上記の者を代理人として、資格確認書交付申請手続きの権限を委任
します。

呉市長 様

令和 年 月 日

委任者（本人）

住所

氏名

印

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日

（注意事項）

※委任者本人が自署により作成した場合は、押印の必要はありません。

※委任者の方に電話で確認させていただく場合があります。

※内容に不備がある場合は、手続をお断りする場合があります。