

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	呉市中央4丁目1番6号		
	フリガナ	クレシ タロウ		
	氏 名	呉市 太郎		
	生 年 月 日	昭和 39 年 1 月 1 日		
	電 話 番 号	(0823) 25 - 3158		
	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。	12345678 (枝番) 01		
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： 呉市 太郎			

※ 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)

マイナ保険証での受診が困難であるため

※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、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、本人の健康・医療情報の漏洩等セキュリティ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、マイナポータルやセブン銀行ATMから行うことができます。

(例)

●マイナ保険証での受診が困難である
(介助者等の第三者が、被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要がある 等)

●マイナ保険証を利用する意向がない 等

処 理 欄	受付	備考欄

※職員が記入する場合は朱書きしてください。