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

入善町長　様

令和　　年　　月　　日

申請者	氏名（ふりがな）		解除対象者との関係	※代理人の場合は委任状が必要です。
	住所			
	TEL			

解除対象者	記号番号			
	氏名（ふりがな）	□申請者に同じ	生年月日	年　　月　　日
	住所	□申請者に同じ		

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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（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。

本人確認書類	１点	□運転免許証　□マイナンバーカード　□身体障害者手帳等　□在留カード等 □その他（　　）
	２点	□被保険者証　□資格確認書　□介護被保険者証　□年金手帳　□年金証書 □その他（　　）

※代理人が申請する場合は、委任状が必要です。