

国民健康保険 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

延岡市長 殿

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ		生年 月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	氏 名				
	住 所				
	連絡先				
	被保険者番号				
	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をご持参ください。 ※利用登録解除申請後、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)

※ マイナンバーカードにより医療機関を受診することで、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き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 の他、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きのカードリーダーから行うことができます。

代 理 人	氏名		続柄	
	住所		連絡先	

身 元 確 認
免・個カ・住カ・パ・障手・聴聞
介・年手・学・職員確認 ()
その他 ()

受付	資確書交付	確認	係長