

記入例

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

(申請日) 令和 6 年 1 2 月 2 日

解除を希望する被保険者(申請者)	フリガナ	トウガネ タロウ		生年月日	昭和			
	氏 名	東金 太郎			平成	1 6 年	1 月	1 日
	住 所	〒283-8511 東金市東岩崎 1 番地 1						
	電話番号	0475-50-1134		被保険者番号	1234567			
届出人	(宛先) 東金市長							
	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。							
届出人	☒ 解除を希望する被保険者と同じ							
	氏 名	代理人の場合は、氏名、住所、電話番号をご記入ください。						
	〒							
	住 所			電話番号				
☐ 私は、解除を希望する被保険者と同一世帯の者であり、解除を希望する被保険者本人が、下記の注意事項を理解してマイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除の申請を希望しているため届け出ます。								

※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、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。
※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。
※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。
※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。

【職員記入欄】

受付	届出人	☐ 本人 ☐ 同世帯員 (付帯確認)	☐ (改訂事項証明等確認)
		☐ 別世帯員等 (委任)	
	本人確認	☐ 個人番号カード	※のついている文章をお読みください。
		☐ 顔写真がない場合	
資格確認書交付		☐ 窓口交付 ☐ 郵便交付 (発送日 /)	

特記事項

入力確認	入力	確認	資格確認書発行	受付