

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

(あて先) 小松市長

令和〇〇年〇〇月〇〇日

解 除 申 請 者	フリガナ	コマツ タロウ		生年 月日	大正・昭和 平成・令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
	氏名	小松 太郎					
	(代理人)						
	住所	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇)					
		小松市〇〇町〇丁目〇〇番地〇〇					
	連絡先	電話番号	0761-XX-XXXX (代理人)				
	被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に 記載してください。	被保険者等記号 小		番号 〇〇〇〇〇〇〇		枝番 〇〇	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。(申請する場合は <input checked="" type="checkbox"/>) ※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、1～2か月程度かかる場合があります。 署名： 小松 太郎						

※有効な被保険者証をお持ちの方には資格確認書は交付しません。有効期限までは保険証を持参して受診します。

※ マイナ 情報のデ ータと で、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療 情報を利用することができます。	※ 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 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 リーダーから行うことができます。
---	---	--

内容を確認してチェ
ック、署名

(注) 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。