

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

(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	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	氏名	小松 太郎			平成・令和	
	(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		番号	枝番	
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	<p><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"/>)</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p>					
<p>署名 : 小松 太郎</p> <p>※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。有効期限までに保険証を持参して受診します。</p> <p>※ マイナ情報のデータで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報を共有できます。</p> <p>※ 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のリスクが生じることはありません。</p> <p>※ 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。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たリーダーから行うことができます。</p>						
<p>内容を確認してチェック、署名</p>						

(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、自分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なうようにしてください。