

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除届出書

(宛先) 石川県後期高齢者医療広域連合長

令和 年 月 日

マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除するため、次のとおり届出します。

解 除 申 請 者	フ リ ガ ナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	(〒 - - -)		
電 話 番 号				
対 象 者	対 象 者 の 被保険者番号			
	※申請者が本人以外の場合は以下を記載ください。			
	フ リ ガ ナ		生年月日	年 月 日
氏 名				

【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る。 (申請する場合は)

※利用登録を解除すると、マイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うことができなくなります。

※届け出た方には資格確認書を交付します。解除後、医療機関等を受診等される際には資格確認書の呈示が必要です。

※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。

私はマイナンバーカードの健康保険証利用登録解除にあたり、上記事項を確認しました。

署名 :

※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、あなたの同意により、ご自身の過去の健康・医療情報のデータに基づく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、あなた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。

※事務処理欄

資格確認書	<input type="checkbox"/> 交付申請：窓口・郵送 (/) <input type="checkbox"/> 職権交付：窓口・郵送 (/) <input type="checkbox"/> 不要 (有効な証があることを確認)
-------	---