

【記載例】

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

栃木県後期高齢者医療広域連合長 または
日光市長 殿

令和 6 年1 1月 5 日

解除申請者	フリガナ	ニッコウ タロウ		生年 月日	大正・昭和 平成・令和 18年 3月20日	
	氏名	日光 太郎				
	フリガナ			※代理人 電話番号		
	※代理人 氏名					
	住所	郵便番号 (321 - 1292)				
		栃木 県 日光 市 今市本町1				
	申請者 電話番号	0288-21-XXXX				
	保険者番号 被保険者番号 ※全て正確に記載してく ださい。	保険者番号		被保険者番号		
		39092010		12345678		
	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。 ※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か月程度時間がかかる場合があります。				
	署名： 日光 太郎					

(解除を希望する理由)

マイナ保険証で医療機関を受診することが身体的に困難だから

- ※ 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。
- ※ 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。

(備考) 代理人により申請する場合は、※の欄に代理人の氏名及び連絡先を記載してください。

(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。