

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

下條村長 様

申請日 令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ		生年 月日	大正・昭和 平成・令和		年		月		日	
	氏名										
	住所	長野県下伊那郡下條村（ 睦沢 ・ 陽阜 ）				(代理人氏名)					
	連絡先電話番号	- -				(連絡先)					
	被保険者等 記号・番号・枝番	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、 各項目を確認し、□ に✓を入れてくださ い。 宜しければ署名をし てください。	<div><input 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。</div> <div><input 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。  署名： _____</div>									

(解除を希望する理由)

※ 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、解除対象者及び代理人両名の氏名・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。

(役場使用欄)

解除予定日	R . .
-------	-------