

【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  
(多度津町国民健康保険被保険者用)

多度津町長 殿

令和 年 月 日

解除申請者	記号・番号	香川33 1234567	(枝番)	01
	フリガナ	タドツ ハナコ	昭和	
	氏名	多度津 花子	生年月日	平成 60年4月1日 令和
	住所	多度津町栄町三丁目3番95号 電話番号 (0877) 33-4488		
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	利用登録の解除を希望される場合は、以下に <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <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。 ※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。  署名: <u>多度津 花子</u>  ※以下は代理人が申請する場合に記入してください。 ( 代理人住所: <u>多度津町栄町三丁目3番95号</u> 代理人氏名: <u>多度津 太郎</u> 代理人連絡先: <u>(0877) 33-4488</u> )  (解除を希望する理由) 該当のものに <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input checked="" type="checkbox"/> マイナ保険証で受診しないため。 <input type="checkbox"/> その他 ※括弧内に理由をご記入ください。 ( ) ※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。			