

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

河内町長 様

年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ		生年 月日	昭和・平成 令和・西暦		
	氏 名			年 月 日		
	住 所		(郵便番号 -) 茨城県稲敷郡河内町			
	電話番号					
	代 理 人	氏名	※代理人が申請する場合は、原則として委任状等の添付が必要です。			
		住所				
		電話番号				
	被保険者記号・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		☐ 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、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 _____			
	(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えい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き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、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。

(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。

【町記入欄】

受付年月日	受付者	資格確認書発行	本人確認	代理人確認
		有 無		