

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

中井町長 殿

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	(郵便番号 -)					
		神奈川県足柄上郡中井町					
		※方書がある場合はこちらへご記入ください					
	電話番号						
	被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に 記載してください。	被保険者等記号	番号	枝番			
		5 6					
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 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。 申請者氏名： _____						

(解除を希望する理由) ※記載は任意です

《留意事項》

- ・ 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、委任状または代理権確認書類（後見登記事項証明書等）が必要です。

(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

本人確認	マイナンバーカード・運転免許証・その他 ()		
申請入力	年 月 日	資格確認書	年 月 日 交付