

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

宇治市長あて

申請日を記入

記入例

令和 年 月 日

解除申請者	フリガナ	コクホ タロウ	生年 月日	大正・昭和 平成 令和	10 年 10 月 10 日
	氏名	酷保 太郎			
	住所	(郵便番号 611-0000)			
		京都 都 道 宇治 市区 町村	宇治 琵琶33		
	連絡先	電話番号	0774-22-3141		
		Email (任意)			
	被保険者等記号・番号	被保険者等記号		番号	枝番
	※枝番を含め、全て正確に記載してください。	宇 6006		0000	01
	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ません。 ※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状況」画面に反映されるまで1~2ヶ月程度時間がかかる場合があります。			
		レ点を記入		解除申請対象者本人の署名が必要です	

記入は任意です

署名: _____

(解除を希望する理由)

マイナ保険証を使いたくないため

- ※ 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、氏名及び連絡先欄に、解除対象者及び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してください。