

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

京都府後期高齢者医療広域連合 宛て

解除申請者	フリガナ		生年 月 日	大正・昭和 年 月 日	
	被 保 険 者 氏 名				
	被保険者住所	(郵便番号 —)			
	被保険者連絡先	— —			
	被保険者番号				
	(代理人氏名)				
	(代理人連絡先)				
	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、時間がかかる場合があります。 令和 年 月 日 署名			

(備考) 代理人により申請する場合は、代理人の氏名及び連絡先を記載してください。

(解除を希望する理由)

☐ マイナンバーカードとは別に管理したいため。
☐ ()

※ 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・薬局等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、別の市区町村に異動された場合は、異動後の市区町村に対し、前住所地において解除申請を行った旨申出てください。

宇治市処理欄（以下は記入しないでください。）

申請者 本人確認	マイナンバー カード	免許証 ・ 介護保険証 ・ その他 ()	受付者	
-------------	---------------	-----------------------	-----	--

委 任 状

該当する委任内容にマル○をつけてください。

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請に際し、
(資格確認書 ・ 特定疾病療養受療) の (申請 ・ 受領) に
関する一切の権限を下記の者に委託いたします。
このことについて、双方確認いたします。

委任者(被保険者)

住 所 宇治市 _____

氏 名 _____ ※本人が自著してください。

電話番号 () _____

受任者(届出者)

住 所 宇治市 _____

氏 名 _____ 委任者との続柄 _____

電話番号 () _____

※ 委任状の記入が難しい場合は、委任者(対象者)のマイナンバーカードの提示(郵送の場合は写し)をお願いします。