

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

多治見市長

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ				生年	大正・昭和・西暦		
	氏名				月日	年 月 日		
	住所	(郵便番号 -)						
		☐ 岐阜県		都道		市区		
				府県		町村		
	(代理人住所) ☐ 同上							
	連絡先	電話番号			Email (任意)			
		(代理人)	☐ 同上		(代理人)			
	被保険者番号							
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。 ※ 利用登録解除をすると、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。 ※ 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： _____ (代理人署名) _____							

(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。

※ 健康保険証の利用登録を解除した後も、再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。

交付	入力	確認