

申請日を記載してください。

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書

(あて先) 群馬県後期高齢者医療広域連合長

解除申請を希望される方の氏名を記入してください。

年 月 日

| | | | | | |
|-----------------------------|---|------------------------------|--------------------|------------|--|
| 解 除 申 請 者 | フリガナ | コウキ タロウ | 生 年 | 大正・昭和 | |
| | 氏名 | 後期 太郎 | 月 日 | 24年 12月 2日 | |
| | | (郵便番号) 371-0854 | | | |
| | 住所 | 群馬 都道 前橋 (市) 町 村 大渡町一丁目10番地7 | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 0274-△△-◇◇◇◇ | | |
| | 被保険者番号 | | 被保険者番号 12345678 | | |
| マイナンバーカードの健康保険証の利用登録の解除について | <input checked="" 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で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： 後期 太郎 | | | | |

下記の※印をよく説明し、解除を希望される方はチェックを入れてください。

連絡の取れる連絡先を記入してください。

解除を希望される方の名前を記入してください。(代理人記載の場合は、代理人氏名を併記する。)

(解除を希望する理由)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 ※ マイナンバーカードにより医療機関等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。

解除を希望する理由が「資格確認書の発行を希望しているため」の方は資格確認書交付申請により発行ができるため解除は必要ありません。また、マイナ保険証を解除してもオンライン資格確認により医療機関は資格情報を確認することができます。

代理人等の取り扱いは市町村ごとの対応に準じて行ってください。

(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(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。