

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

安芸高田市長 様

年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日	
	氏 名				
	住 所				
	電話番号				
	被保険者記号番号 ※枝番を含め、全て正確に 記載してください。	被保険者記号番号		枝番	
	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求めます。また、この解除作業を行うため、社会保険診療報酬支払基金及び公益社団法人国民健康保険中央会が保有する利用者証明用電子証明書のシリアル番号をデジタル庁へ提供することに同意します。 ☒ 利用登録を解除すると、マイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うことはできません。 ☒ 利用登録の解除を申請した方には、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。 ☒ 利用登録を解除した後、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。 ☒ 利用登録を解除した後、再度マイナポータルなどから利用登録の手続を行うことは可能です。 ☒ 限度額適用・標準負担額減額認定証や特定疾病療養受給者証が必要な場合は別途申請してください。 署名： _____			

(解除を希望する理由)
☐ マイナンバーカードでの受診が困難である（介助者等の第三者が被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど）
☐ その他
（ _____ ）
☒ 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。

申請者本人とは別世帯の方（代理人）が申請する場合は、委任状と代理人の本人確認書類が必要です。

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係 員	受 付