

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

江田島市長 様

令和 年 月 日

解 除	フリガナ		生 年 月 日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日
	氏 名			
対 象 者	住 所	〒 ー 江田島市		
	電話番号			
	被保険者記号・番号			
申 請 者	<input type="checkbox"/> 上記解除対象者本人の場合はチェック <input checked="" type="checkbox"/> してください（申請者欄は記入不要です）			
	フリガナ		解 除 対 象 者 と の 関 係 ※別世帯の場合は委 任状が必要です。	
	氏 名			
	住 所	〒 ー		
電話番号				

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	<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。			
	<p>※ 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ができなくなります。</p> <p>※ 利用登録解除の申請後、医療機関等を受診される場合は、お手持ちの国民健康保険被保険者証に記載された有効期限までは、被保険者証を提示してください。被保険者証の有効期限以降は、被保険者証の代わりに資格確認書を送付しますので、医療機関等を受診される際には、資格確認書を提示してください。</p> <p>※ 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。</p> <p style="text-align: right;">氏名： _____</p>			

解除を希望する理由（該当する項目にチェック <input checked="" type="checkbox"/> してください）
<input type="checkbox"/> 資格確認書の交付を希望するため <input type="checkbox"/> マイナ保険証での医療機関の受診が困難なため <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

<p>【お知らせ】</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p> <p>【注意】</p> <p>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。</p>
--

※江田島市記載欄

資格確認書	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送交付（ 月 日送付）
本人確認	<input type="checkbox"/> 個人カ <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> 身障手
	<input type="checkbox"/> 在留カ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

受付者