

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

【記載例】

(宛先) 岡崎市長

令和〇〇年〇〇月〇〇日

解 除 申 請 者	フリガナ	オカザキ タロウ		生 年 月 日	昭和・平成・令和・西暦 〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	岡崎 太郎			
	住所	〒 444 - 8601 岡崎市十王町2丁目9番地			
	連絡先	電話番号	〇〇〇-××××-△△△△		
		Email	必須ではない		
		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。	記号番号 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		枝番 〇〇
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 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資格確認を行うことは できなくなります。 ※利用登録の解除を申請した方には、保険者から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 岡崎 太郎 (※親権者による申請の場合は 岡崎 太郎 (岡崎 花子))				

(解除を希望する理由)

(例) ・情報漏えいが怖い
 ・マイナ保険証として特定個人情報を持ち歩くのが不安

※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。

本人確認
マイナンバーカード 運免 在留 障手 パスポート 他 ()
資格確認書 医療受給証 年手 年証 他 ()
学生証 他 ()

被保険者宛名番号				
受付	確認書 発行	給付 確認	入力	照合

--	--	--	--	--

收受印