

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

中城村長 殿

届出日 令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ			生 年 月 日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日
	氏名				
	住所				
	連絡先	電話番号			
	被保険者等記号・番号	記号	番号	枝番	
	※枝番を含め、全て正確に記載してください。	中国			
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 ※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： _____				

- ※ 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いた後も、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。

私は、マイナ保険証の解除に伴う申請について次の者に委任します。

なお、代理人による行為・結果に対して、委任者(解除申請者)である私が責任を負うものとします。

代 理 人	氏名			
	住所			
	委任者との続柄		電話番号	

(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。

# 記入例

※申請書は全て本人（委任者）が記入します。

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

中城村長 殿

届出日 令和 6 年 11 月 11 日

解除申請者	フリガナ	ナカグスク タロウ		生年 月日	大正 昭和 平成・令和
	氏名	中城 太郎			55 年 5 月 5 日
	住所	中城村字当間 585 番地 1			
	連絡先	電話番号	098-895-2171		
	被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。	記号	番号	枝番	
		中国	00000001	01	
	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: 中城 太郎			

- ※ 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いた後も、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、マイナンバーカード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

解除申請者以外（代理人）が  
申請する場合はご記入ください。  
本人（委任者）が記入します。

私は、マイナンバーカードの  
なお、代理人

責任を負うものとします。

代理人	氏名			
	住所			
	委任者との続柄		電話番号	

(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。