

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

記入例（赤字の部分を入力してください）

令和 〇 年 〇 月 〇 日

解除申請者	フリガナ	スサキ タロウ	生年月日	昭和
	被保険者氏名	須崎 太郎		平成・令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	(代理人)	(須崎 花子)		
	住所	(郵便番号 〇〇〇 — 〇〇〇〇) 須崎市〇〇町〇丁目〇〇番地		
電話番号	〇〇〇 — 〇〇〇〇 — 〇〇〇〇 (代理人) △△△ — △△△△ — △△△△			
被保険者番号	被保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇			
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がなくなります。 ※利用登録の解除を申請した方には、保険機関・薬局を受診等される際には資格確認書をお持ちの方には資格確認書は交付されるまで、1～2か月程度時間がかかる場合があります。			
	署名： 須崎 太郎			

※本人が署名してください。(高校生以下は同世帯の保護者が署名可)
※代理人が署名する場合は委任状が必要です。
※代理人が署名する場合は、本人氏名・代筆者氏名・続柄を記入してください

(解除を希望する理由をご記入ください)

〇〇〇〇〇のため、解除を希望します。

- ※ 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。

(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。