

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

東御市長 殿

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	〒 長野県 東御市					
	連絡先	電話番号					
		Email					
	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。	被保険者等記号		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：_____					

(解除を希望する理由)

※ 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。

代理人（世帯主・同世帯員・成年後見人・法定代理人・別世帯の方は委任状が必要です）

氏 名： 続柄（ ） 連絡先：

住 所： ☐申請者と同じ

本人確認書類：マイナンバーカード・運転免許証・在留カード・その他（ ）

成年後見人は上記＋登記事項証明書、別世帯の法定代理人は戸籍等親子関係が分かるもの

注）この申請から2か月以内に、別の医療保険者等へ異動した場合は、新たに加入する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。