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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | 年 　 月 　 日 | 被保険者  番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者  氏名 | （フリガナ） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | | |
| 住 所 |  | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | |
| 確認事項 | ※利用登録解除すると、マイナンバーカードによりオンライン資格確認ができません。  ※利用登録解除がマイナポータルに反映されるまで、約２か月程度の時間がかかります。  ※利用登録解除した方に資格確認書を交付します。解除後、医療機関等を受診される際には資  格確認書の持参が必要です。  ※この申請後から解除完了までの間に、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解除申請を行った旨を申し出るとともに、資格確認書の交付申請をしてください。  ※利用登録解除した後も再度、マイナポータル等から利用登録をすることができます。  ※マイナンバーカードで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。 | | | | | | | | | |
| 長野県後期高齢者医療広域連合長 宛  上記のとおり、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。 | | | | | | | | | | |

　以下は、ご家族・後見人等、被保険者ご本人以外の方が申請される場合にご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者名 |  | 本人との  関係 |  |
| 申請者住所 | ☐被保険者と同じ | 電話番号 |  |

【事務処理欄】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付 | 本人確認 | | □運転免許証　□旅券　□個人番号カード　□その他顔写真付証明書（　　　　　　　　　　） | |
| □介護保険証　□資格確認書　□年金手帳　□その他公的証明書（　　　　　　　　　　） | |
| 資格確認書交付 | | | □窓口交付⇒本人、同世帯員、後見人　　　□郵送交付（発送日　　/　　）  □有効な資格確認書等が手元にあるため交付不要 | |
| システム入力者 | | システム入力日 | | （備考） |
|  | | / | |