

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	令和 6 年 11 月 20 日	被保険者 番号	1	2	3	4	5	6	7	8
被保険者 氏名	(フリガナ) コウイキ タロウ									
	広域 太郎									
生年月日	昭和 10 年 4 月 2 日									
住 所	長野市 中御所 79-5									
電話番号	026-229-5320									
確認事項	<p>※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。</p>									
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	広域 花子	本人との 関係	配偶者
申請者住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ	電話番号	026-228-1850

【事務処理欄】

受付	本人確認	<input checked="" type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他顔写真証明書 ( )	
		<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他公的証明書 ( )	
資格確認書交付		<input type="checkbox"/> 窓口交付⇒本人、同世帯員、後見人 <input type="checkbox"/> 郵送交付 (発送日 / )	
		<input checked="" type="checkbox"/> 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)	
後期	11/21		