

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

豊見城市長 殿

令和 年 月 日

被 保 険 者	フリガナ		生 年 月 日	昭和・平成 令和	年 月 日	
	氏名					
	住所	(郵便番号 -)				
		沖縄県豊見城市字				
	電話番号					
	記号番号枝番	記号	豊国	番号	枝番	(無記載の場合は受理者で補記ください)
	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。(有効な保険証をお持ちの方は、期限が切れる前に保険者から資格確認書を郵送します。) ※ 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: _____				
代 理 人	フリガナ		続柄等			
	氏名 (代理人)					
	電話番号					

(解除を希望する理由) 下記の数字に○をつけてください(任意)

1. 紙の保険証(資格確認書)の交付を希望するため

2. マイナ保険証の使用が難しいため(分かりづらいため)

3. 医療機関でマイナ保険証の読み取りができなかったため

4. マイナ保険証に不安を感じているため

5. その他 ()

※ 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。

(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。

(本人確認)
☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ その他 ()