

記入例

多摩市長 殿

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

令和 年 月 日

※色のついている部分にご記入ください

解 除 申 請 書	フリガナ	タマ タロウ		生年 月日	昭和 平成 令和	
	氏名	多摩 太郎			2 年 2 月 2 日	
	住所	〒206-0013				
		多摩市 関戸 6-12-1				
	連絡先	電話番号	042 - 123 - 4567			
		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	
		47-66		0123	01	
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（同意）	☒ 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。また、この解除作業を行うため、社会保険診療報酬支払基金及び公益社団法人国民健康保険中央会が保有する利用者証明用電子証明書のシリアル番号をデジタル庁へ提供することに同意します。 ※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か月程度の時間がかかる場合があります ※解除申請後から解除されるまでの間に、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対し、自身が多摩市へ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。					
署名： 多摩 太郎						

◆代理人により申請する場合は、代理人の氏名及び連絡先を記載してください。

代理人氏名		電話番号	
-------	--	------	--

(解除を希望する理由)

(例) マイナ保険証をやめて、資格確認書を利用したいから

※ 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。

本人確認 1点 番号C 免 パ 身障 精神 在留

2点 国保 年手 学証 住票 納税 他 ()

代理権確認 戸籍 委任状 国保

証交付	受付	入力