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

鏡野町長　　殿

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 解除申請者（委任者） | フリガナ |  | 生年月日 | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | （〒　　　－　　　　） |
| 電話番号 |  |
| 被保険者の記号・番号 | 記号 | 番号 | 枝番 |
| 岡８５ | 　 |  |
| 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解除を申請します。□　マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除を代理人に委任します。（委任の場合）※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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　　　　　　　　　　　　　　　　※署名は、解除申請者（委任者）本人が署名　　　　　　　　　　　　　　　　　※本人による署名が困難な場合は代理人による代筆　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　‘　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 代理人※1 | 住所 | （〒　　　－　　　　） |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　年　　　月　　　日 |
| 解除申請者との続柄 |  |
| 電話番号 |  |
| （解除を希望する理由）※該当箇所に〇をしてください。　・マイナ保険証での受診が困難なため・マイナポータルや医療機関で自己情報が閲覧できない設定をしているため　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 〇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。〇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。〇なお、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。 |

※１　代理人により申請する場合は、代理人の欄に住所・氏名等を記載してください。

（本人又は代理人の確認）　□マイナンバーカード　□運転免許証　□その他（　　　　　　　）

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**（記入例）**

**利用登録解除は、申請月の翌月末になります**

鏡野町長　　殿

令和**〇**年**〇〇**月**〇〇**日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 解除申請者（委任者） | ふりがな | **かがみの　とみこ** | 生年月日 | 昭和・平成・令和**〇**年**〇〇**月**〇〇**日 |
| 氏名 | **鏡　野　　富　子** |
| 住所 | （〒**７０８**－**１２３４**）　**鏡野町竹田６６０** |
| 電話番号 | **０８６８－５４－００００** |
| 被保険者等記号・番号**ㇾ** | 被保険者等記号 | 番号 | 枝番 |
| 岡８５ | **１２３４５６** | **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 | ☐　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。**ㇾ**□　マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除を代理人に委任します。（委任の場合）※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：＿**＿鏡　野　　富　子＿**＿＿＿＿　　　　　　　　　　　　　　　　　※署名は、解除申請者（委任者）本人が署名　　　　　　　　　　　　　　　　　本人による署名が困難な場合は代理人による代筆　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者：　**鏡　野　　太　郎**　　　　　‘ |
| 代理人※1 | 住所 | （〒**７０８**－**１２３４**）　**鏡野町竹田６６０** |
| 氏名 | **鏡　野　太　郎** |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和**〇**年**〇〇**月**〇〇**日 |
| 解除申請者との続柄 | 　**夫** |
| 電話番号 | 　**０８６８－５４－００００** |
| （解除を希望する理由）※該当箇所に〇をしてください。　・マイナ保険証での受診が困難なため　・マイナポータルや医療機関で自己情報が閲覧できない設定をしているため　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 〇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。〇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。〇なお、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。 |

※１　代理人により申請する場合は、代理人の欄に住所・氏名等を記載してください。

**ㇾ**

（本人又は代理人の確認）　□マイナンバーカード　□運転免許証　□その他（　　　　　　　）