

記入  
見本

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

小金井市長 あて

令和 6 年 ● 月 ● 日

解除 対象 者	フリガナ	カネイ タロウ	生年 月日	大正・昭和 平成 令和 1 年 1 月 1 日
	氏名	小金井 太郎		
	住所	(郵便番号 123 - 1234 ) 東京 都道府県 小金井 市区町村 ●●町 ●●丁目 ●●番 ●●号		
	連絡先	( 123 ) 123 - 1234		
	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 33 - 12	番号 1234	枝番 00
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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で、有効な健康保険証がない場合は、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： 小金井 太郎 (本人) (代理人)		

(解除を希望する理由)

〇〇〇のため。

解除を希望する理由をご記入ください。

- ※ 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は、マイナンバーカードの顔認証付きカードに紐付けられています。
- 解除対象者 (本人) 以外の方が手続きする場合はご記入ください。なお、別世帯の方が手続きする場合は2枚目の委任状に必要事項をご記入ください。

代理人	住所			
	フリガナ 氏名	解除対象者との関係 ( )	電話 番号 ( ) -	

※ 別世帯の方が手続きする場合は、2枚目の委任状をご記入ください。

(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。