

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 年 月 日

解 除 対 象 者	フリガナ			生年 月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日
	氏名							
	住所	(郵便番号 -)						
		都道 府県		市区 町村				
	連絡先	() -						
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			
	33 -							
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 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：_____ (本人・代理人)							

(解除を希望する理由)

※ 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。

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。

委任状

令和 年 月 日

私は、以下の者（受任者）を代理人と定め、委任内容欄記載の手続を委任致します。

受任者（届出に来る方）

[氏名] : _____ [生年月日] : _____

[住所] : 〒 _____

[連絡先] : _____

委任者（届出を頼んだ方）

[氏名] : _____ (印) [生年月日] : _____

[住所] : 〒 _____

[連絡先] : _____

[委任内容] : マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除及び資格確認書の
交付を希望するため。

- ※ 受任者は本人確認のため写真付きの本人確認書類（マイナンバーカード・運転免許証・パスポート等）を用意して下さい。
- ※ 委任者が全て記入し、捺印して下さい。