

記入例

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

湯沢市長 様

令和 ●年 ●月 ●日

届出者名	☐ 解除者と同じ 湯沢 太郎	本人との関係	子
届出者住所	☒ 解除者と同じ	電話番号	000-1111-2222

※届出者が解除者本人以外の場合は、委任状や代理人の本人確認書類等が必要です。

解 除 者	被保険者番号	9999999	生年月日	大正・昭和 平成・令和 ●年 ●月 ●日
	氏名	湯沢 花子	電話番号	000-2222-3333
	住所	湯沢市佐竹町1番1号		
	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。解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書が必要になります。 ※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。		

<解除を希望する理由>

1. マイナ保険証の利用を希望しないため
2. その他（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。