

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

伊達市長 殿

令和 年 月 日

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |           |       |           |    |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|-------|-----------|----|
| 解<br>除<br>申<br>請<br>者                          | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                  |            | 生年<br>月日  | 年 月 日 |           |    |
|                                                | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |           |       |           |    |
|                                                | 住所                                                                                                                                                                                                                                                                    | (郵便番号 - )  |           |       |           |    |
|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                       | 伊達市        |           |       |           |    |
|                                                | 連絡先                                                                                                                                                                                                                                                                   | 電話番号       |           |       |           |    |
|                                                | 代理人<br>(解除申請<br>者本人以外<br>の者が、申<br>請する場合<br>に記入)                                                                                                                                                                                                                       | 住所         | (郵便番号 - ) |       |           |    |
|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |           |       |           |    |
|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                       | フリガナ<br>氏名 |           |       | (電話番号 : ) |    |
|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |           |       |           |    |
|                                                | 被保険者等記号・番号<br>※枝番を含め、全て正確に<br>記載してください。                                                                                                                                                                                                                               | 被保険者等記号    |           | 番号    |           | 枝番 |
| 島 9 3                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |           |       |           |    |
| マイナンバー<br>カードの<br>健康保険証<br>利用登録の<br>解除につい<br>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。<br>※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<br>くなります。<br>※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<br>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。<br>※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<br>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)

※ 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。

(本人確認書類)

- ☐ 個人番号カード
- ☐ 運転免許証
- ☐ その他  
( )

| 受付 | 入力 | 確認 |
|----|----|----|
|    |    |    |