

【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

伊達市長 殿

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

フリガナ	ダテ コクホ	生年 月日	S○年 ○ 月 ○ 日	
氏名	伊達 国保			
住所	(郵便番号 960 - 0692) 伊達市 保原町字舟橋180番地			
連絡先	電話番号 024-575-1198			
代理人 (解除申請者本人以外の者が、申請する場合に記入)	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名	申請者が代理人の場合 記入必要		
			(電話番号:)	
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	
	島93	○○○○○	○○	
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。 ※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。			

(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。

※ **必須記載事項ではありません。**

※ 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